Pratiques en **psychothérapie**

Santé psy et travail

# Soigner la dépression professionnelle par les TCC

Marc Willard

*Préface du Pr Olié*

- **Diagnostic**
- **Traitement**
- **Prévention**



# Soigner la dépression professionnelle par les TCC

## *Chez le même éditeur*

### *Dans la même collection – Série Santé psy et travail*

**Les situations difficiles au travail.** Gestion des risques psychosociaux, par M. Poirot, 2013, 160 pages.

**Le stress au travail. Prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives**, par D. Servant, 2013, 152 pages.

**Les personnalités difficiles ou dangereuses au travail. Identifier les comportements et gérer les troubles**, par R. Guinchard, 2013, 200 pages.

**Psychanalyse du lien au travail. Le désir de travail**, par R. Guinchard, 2011, 216 pages.

**Stress et risques psychosociaux au travail. Comprendre, prévenir, intervenir,** par B. Lefebvre et M. Poirot, 2011, 144 pages.

**Bases psychologiques du coaching professionnel**, par P. Barreau, 2011, 128 pages.

### *Dans la même collection*

**Soigner les addictions par les TCC**, par P. Graziani, L. Romo, À paraître 2013.

**Thérapies brèves : principes et outils pratiques**, par Y. Doutrelugne, J. Betbèze et O. Cottencin, 3e édition, 2013, 248 pages.

**Remédiation cognitive**, par N. Franck, 2012, 256 pages.

**Psychothérapie de soutien**, par L. Schmitt, 2012, 256 pages.

**Soigner par l'hypnose**, par G. Salem et É. Bonvin, 5e édition, 2012, 352 pages.

**Gestion du stress et de l'anxiété**, par D. Servant, 3e édition, 2012, 248 pages.

**Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives**, par J. Palazzolo, 3e édition, 2012, 288 pages.

**Sexualité, couple et TCC**, par F.-X. Poudat, 2011. Volume 1 : *Les difficultés sexuelles*, 248 pages. Volume 2 : Les difficultés conjugales, 224 pages.

**La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT**, par J.-L. Monestès et M. Villatte, 2011, 224 pages.

**Premiers pas en psychothérapie. Petit manuel du thérapeute**, par L. Schmitt, 2010, 200 pages.

**Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte**, par J - N. Despland, L. Michel et Y. de Roten, 2010, 232 pages.

**Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie,** par M. Bouvard et J. Cottraux, 5e édition, 2010, 368 pages.

**Soigner par la méditation.** *Thérapies de pleine conscience,* par C. Berghmans, 2010, 208 pages.

**Anorexie et boulimie : approche dialectique**, par J. Carraz, 2009, 252 pages.

**Les psychothérapies : approche plurielle**, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat et J.-L. Venisse, 2009, 464 pages.

**L'approche thérapeutique de la famille**, par G. Salem, 2009, 304 pages.

**Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité**, par M. Bouvard, 3e édition, 2009, 352 pages.

**La relaxation. Nouvelles approches, nouvelles pratiques**, par D. Servant, 2009, 188 pages.

**TCC chez l'enfant et l'adolescent**, par L. Vera, 2009, 352 pages.

**Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation**, par J.-C. Perry, J.-D. Guelfi, J - N. Despland et B. Hanin, 2e édition, 2009, 184 pages.

**Thérapies brèves : situations cliniques**, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin, 2009, 224 pages.

**Thérapies brèves : principes et outils pratiques**, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin, 2e édition, 2008, 224 pages.

### *Dans la collection Les Âges de la vie*

**Psychopathologie du travail**, par C. Dejours et I. Gernet, 2012, 168 pages.

**Le geste suicidaire**, par V. Caillard et F. Chastang, 2010, 376 pages.

### *Dans la collection Médecine et psychothérapie*

**Comprendre et soigner la dépression**, par C.-S. Peretti, 2013, 248 pages.

**Psychologie positive et bien-être au travail**, coordonné par J. Cottraux, 2010, 224 pages.

**Les thérapies comportementales et cognitives**, par J. Cottraux, 2009, 416 pages.

**Psychothérapie cognitive de la dépression**, par I.-M. Blackburn et J. Cottraux, 2008, 248 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie
Santé psy et travail

Conseiller éditorial : Dominique Servant

# Soigner la dépression professionnelle par les TCC

**Marc Willard**

Psychiatre, expert judiciaire près la Cour d'appel et administrateur de l'AFTCC, enseigne les TCC dans différentes facultés de psychologie et de médecine

**Préface du professeur Jean-Pierre Olié**




ELSEVIER
MASSON







ISBN version imprimée : 978-2-294-71600-3
ISBN version électronique : 978-2-294-71826-7

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
www.elsevier-masson.fr

# Abréviations

| | |
|---|---|
| **ALD** | affection longue durée |
| **BDI** | *Beck Depression Inventory* |
| **BDNF** | *brain derived neurotrophic factor* |
| **BIT** | Bureau international du travail |
| **CHSCT** | comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail |
| **DARES** | direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques |
| **CIM** | Classification internationale des maladies |
| **CRRMP** | comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles |
| **DSM** | *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* |
| **DSM-IV-TR** | *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4e édition révisée* |
| **HRSD** | *Hamilton Rating Scale for Depression* |
| **IMAO** | inhibiteurs de la monoamine oxydase |
| **INPES** | Institut national de prévention et d'éducation pour la santé |
| **IPP** | incapacité partielle permanente |
| **IRS** | inhibiteurs de la recapture de la sérotonine |
| **IRSNA** | inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline |
| **LEDS** | *Life Events and Difficulties Schedule* |
| **MADRS** | *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* |
| **MBI** | *Maslach Burnout Inventory* |
| **MIT** | Massachusetts Institute of Technology |
| **OMS** | Organisation mondiale de la santé |
| **PNAS** | Programme national d'action contre le suicide |
| **RSD** | échelle de risque suicidaire de Ducher |
| **SRE** | *Schedule of Recent Experience* |
| **TCC** | thérapies cognitives et comportementales |

# Préface

Notre collègue Marc Willard nous propose un livre de grande actualité : *Soigner la dépression professionnelle par les TCC*. Il soutient en effet cette notion de dépression professionnelle, pathologie révélée dans un contexte professionnel et révélatrice d'aspects pathogènes de ce contexte.

Le docteur Willard passe en revue les connaissances actuelles concernant les maladies dépressives : aspects cliniques, déterminants et thérapeutiques. Au passage, il donne une place intéressante à la notion d'anhédonie dans la sémiologie des états dépressifs, témoignant ainsi d'une expérience clinique lui permettant d'aller au-delà des symptômes les plus apparents qui n'en sont pas pour autant les plus essentiels. Marc Willard fait aussi le point sur les concepts proches, en particulier le stress ; quelques cas cliniques brefs, parfaitement illustratifs, sont intercalés, et les aspects thérapeutiques sont développés, notamment les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dont l'auteur est un spécialiste reconnu. Le lecteur trouvera ici une synthèse des connaissances en même temps qu'un guide pour un bon usage des TCC.

L'intérêt de cet ouvrage se trouve à l'évidence plus encore dans l'application de ces connaissances médicales au monde de l'entreprise. Alors que de nombreux domaines d'activité professionnelle ont réussi à réduire la pénibilité physique du travail, notamment grâce aux progrès des technologies, on découvre de plus en plus l'amplitude et les conséquences de la pénibilité psychique du monde contemporain du travail. Périodiquement, un geste suicidaire conduit à s'interroger sur le rôle des agents stressants dans la survenue d'un tel accident. Les risques psychosociaux sont devenus l'une des principales préoccupations des responsables ou managers d'entreprise : parce que, comme le rappelle Marc Willard, les troubles psychiques sont une toute première cause d'arrêt de travail, de baisse de rendement et parce que l'acte suicidaire soulève un sentiment de responsabilité, voire de culpabilité : comment est-ce possible ? Pourquoi ce geste suicidaire ? À qui la faute ? Qui n'aurait pas su voir ?

Le mérite du docteur Marc Willard, psychiatre de formation et d'exercice, est de jeter un pont ô combien nécessaire entre connaissances et savoir-faire des psychiatres et connaissances et savoir-faire des médecins du travail. Il comble ainsi une regrettable lacune car psychiatres d'une part et médecins du travail d'autre part sont en manque d'une synthèse capable de guider au mieux nos pratiques. Il n'est plus possible que les uns aient une bonne évaluation des contours du risque professionnel, tandis que les autres possèdent une bonne connaissance des symptômes de souffrance dépressive.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont un outil pertinent pour lever les avatars des rapports interindividuels au sein d'une entreprise, en particulier les rapports avec la hiérarchie et réciproquement. L'auteur aborde les notions de harcèlement, de violence, de stress et leurs

éventuelles conséquences. L'identification de ces processus est une étape nécessaire pour la mise en place d'actions préventives, et la connaissance de tels processus est utile pour tout praticien.

Ces aspects que l'on dira contextuels ne doivent pas faire ignorer qu'existent des personnalités difficiles, et que pour savoir les gérer il faut savoir en reconnaître les traits.

Prévenir le burnout et agir sur le management sont des aspects pratiques clairement abordés dans cet ouvrage, de même que le domaine du droit du travail.

Cet ouvrage sera donc utile aux psychiatres, psychologues et psychothérapeutes recevant une patientèle dont les souffrances entrent volontiers en résonance avec les qualités de l'environnement professionnel. Parfois, ces souffrances sont directement induites par cet environnement – cet aspect est ici abordé. Ce livre sera aussi utile aux médecins du travail souvent déroutés par le mal-être émotionnel des personnels dont ils doivent surveiller l'état de santé. Ces situations sont devenues d'autant plus difficiles pour ces praticiens qu'ils perçoivent la préoccupation des responsables, pour ne pas dire leur hantise du suicide ou, pis encore, d'une épidémie de suicides.

Il faut bien avoir à l'esprit la possible difficulté à différencier un mal-être ponctuel et une pathologie dépressive. À cette difficulté s'ajoute celle de discerner le poids du contexte professionnel d'une part, de conditions de vie familiales ou affectives difficiles d'autre part. L'identification des caractéristiques pathologiques d'un état émotionnel est un outil utile pour la prise de décision. Psychiatres, médecins du travail et autres professionnels de santé mais aussi travailleurs sociaux, responsables d'équipe ou d'entreprise doivent apprendre à reconnaître les situations et les signes à risque de complication dépressive. Il leur faut posséder en outre une connaissance des outils thérapeutiques, médicamenteux ou psychothérapiques qui sont minutieusement recensés dans cet ouvrage, en particulier les TCC dont l'efficience est bien établie.

Marc Willard a choisi de présenter quelques outils de mesures d'intensité de certaines dimensions bien établies : dépressive, suicidaire ou anhédonique. Cela est de nature à aider la compréhension de ces risques émotionnels et comportementaux.

Trop souvent, aujourd'hui encore, les non-spécialistes ont une grande difficulté à appréhender ce que sont ces pathologies et leurs thérapeutiques. La lecture de cet ouvrage, agréable parce que résolument didactique sans être simplificateur, les éclairera. Ainsi chacun pourra-t-il mieux connaître ce qui peut éviter ou réparer une inutile souffrance de l'un ou l'autre dans son environnement professionnel.

Merci à Marc Willard de nous offrir un outil aussi riche d'informations utiles.

**Professeur Jean-Pierre Olié**
Membre de l'Académie nationale de médecine

# 1 Histoire de la dépression

La dépression n'est pas une maladie récente. Déjà Hippocrate, au v[e] siècle avant J.-C., décrivait la mélancolie – étymologiquement maladie de la bile noire. Ce fameux médecin grec décrivait parfaitement ce mal avec ses souffrances, sa tristesse, sa peur et le risque de suicide. Il reliait cette symptomatologie à un dérèglement de l'humeur noire : l'atrabile.

La petite histoire relate même qu'il guérit de sa dépression le frère d'Alexandre le Grand, Perdiccas II, qui se mourrait de langueur.

La mythologie grecque relate la fin tragique d'Ajax. Mécontent de ne pas avoir été reconnu comme le guerrier ayant causé le plus de tort à Troie, son désappointement le rendit fou. La honte qui succéda à cet égarement le poussa au suicide. Nous hésitons à qualifier cela de sentiment d'échec professionnel…

Par la suite, au Moyen Âge, un étrange mal frappe les moines chrétiens. Certains d'entre eux, dans les monastères, sont décrits comme tristes, fatigués, inquiets, se désintéressant de l'étude et de la prière. « Souvent, quand tu es seul dans ta cellule, une certaine inertie, une langueur de l'esprit, une lassitude du cœur s'emparent de toi ; tu éprouves au-dedans de toi une gêne terriblement pesante ; tu deviens un poids pour toi-même et tu ressens moins cette suave joie intérieure que tu étais habitué à éprouver. » (Scot, 2003) Ce mal étrange est nommé acédie, d'un terme grec qui signifie négligence ou indifférence. Il est attribué à l'action du diable, plus précisément à l'œuvre du démon de midi. Et oui, le démon de midi, cette expression utilisée aujourd'hui pour désigner le regain amoureux du milieu de la vie, était au Moyen Âge le démon qui détournait les moines de la prière.

Les multiples descriptions qui en sont faites évoquent bien évidemment la dépression. Pour nous, il s'agit même probablement des premières descriptions de dépression professionnelle. La situation de ces moines reclus dans leur monastère, consacrant toute leur énergie à l'étude, refusant tous les plaisirs et s'infligeant des périodes de jeûne, de privation de sommeil et de silence, est un modèle théorique de dépression expérimentale. En l'absence de reconnaissance et surtout de traitement, beaucoup se suicideront.

Ce péché d'acédie quittera ensuite les monastères et touchera les laïcs. Très vite, il ne sera plus attribué à l'œuvre du malin mais plutôt la conséquence d'une faiblesse d'âme et utilisé comme synonyme de paresse. Contrairement aux descriptions de l'Antiquité, aucune allusion n'est faite à cette époque aux causes physiologiques possibles comme l'excès de bile noire. L'acédie était un vice qui ne pouvait d'aucune façon être déterminé par des causes organiques. Le seul remède proposé était la majoration de la ferveur religieuse.

L'Église dénoncera violemment ses fidèles inactifs, désillusionnés, dégoûtés, incapables de prendre une décision. L'idée de péché rattachée à cet état aggravait bien évidemment le sentiment de culpabilité des déprimés. À cette

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

époque, comme c'est malheureusement encore trop souvent le cas de nos jours, ce trouble n'était pas reconnu comme une maladie. Il s'agissait d'un péché envers Dieu mais aussi envers les hommes puisqu'on se détournait non seulement de son devoir religieux mais aussi du labeur quotidien. Le déni actuel de la souffrance morale est probablement un reliquat de cette vision morale du Moyen Âge. Nous sommes simplement passés du péché à la faiblesse de caractère, mais la culpabilisation est toujours là.

Les grands traités médicaux de la fin du Moyen Âge, comme le Canon de la médecine (xe siècle), œuvre majeure d'Ibn Sinā (appelé à tort Avicenne en Occident), médecin persan qui influença toute la pratique médicale de cette période, ou les écrits d'Averroès (médecin et philosophe arabe du xiie siècle), décrivent toute une gamme de troubles de l'humeur allant du mal de vivre jusqu'au suicide. Les théories humorales, développées par Galien, imprègnent encore la médecine de cette époque ; elles considèrent que la santé réside dans l'équilibre entre les quatre humeurs : la bile noire, la bile jaune, le sang et le phlegme. Au contraire, les maladies sont liées au déséquilibre entre ces humeurs. L'origine de la dépression était rattachée à un problème de mauvaise combustion de la bile, ce qui expliquerait entre autres le teint cireux des déprimés. Les propositions thérapeutiques étaient quasi inexistantes. Les idées à ce sujet n'évolueront presque pas jusqu'à la période moderne.

Un aliéniste français, Esquirol, au début du xixe siècle, fera définitivement entrer la tristesse pathologique dans la médecine un forgeant un terme désormais abandonné par les médecins, la lypémanie – étymologiquement maladie de la tristesse. Pour lui, des états d'âme tels que le *taedium vitae* et le *spleen* étaient clairement des symptômes de la lypémanie. Cette période est la seule où la société n'a pas porté un regard négatif sur la douleur morale. Bien au contraire, ce dégoût de la vie a été magnifié par les écrivains et les poètes du xixe siècle. Les artistes romantiques érigèrent en mode de vie idéal la recherche de cette souffrance. Si le terme de lypémanie est aujourd'hui totalement obsolète, voire inconnu du grand public, il a eu l'avantage d'abandonner la mélancolie au poète et d'ouvrir le champ à la recherche médicale concernant cette maladie.

À la fin du xixe siècle survient une véritable épidémie, la neurasthénie. Cette maladie décrite par Beard aux États-Unis se caractérisait par de la fatigue, du désintérêt, des céphalées et de l'anxiété. Beard considérait qu'elle était liée à un dérèglement du système nerveux secondaire et au stress de la vie moderne ; on l'appela même le « mal américain ». Cette maladie toucha d'abord les classes aisées de la société puis finit par se répandre dans l'ensemble de la population. Pour la personne qui aujourd'hui lit des descriptions cliniques de cette époque, le diagnostic de dépression semble évident. Cependant, si ce terme a totalement disparu du vocabulaire médical, il reste encore très populaire dans le langage courant, désignant un état associant fatigue et mal de vivre.

En 1917, Sigmund Freud, le père de la psychanalyse, publie *Deuil et mélancolie*. Dans ce livre, il différencie la mélancolie du deuil. Il inclut la

mélancolie dans le vaste champ des névroses, c'est-à-dire dans le cadre des maladies d'origine psychologique. Pour lui, la dépression est liée à un conflit inconscient : il s'agit d'une maladie liée au désir et à la culpabilité.

Ce n'est que dans les années 1960 avec la découverte – par hasard, en travaillant sur les antituberculeux – des premiers antidépresseurs que la dépression va réellement être individualisée en tant qu'entité nosographique. Jusqu'à cette date, les psychiatres ne considéraient les états dépressifs que comme un symptôme, comme le signe d'un problème plus vaste. L'invention des premiers médicaments antidépresseurs a transformé la dépression en maladie autonome. Les progrès pharmacologiques, le développement d'antidépresseurs très maniables, dénués d'effets indésirables comme le Prozac®, mis sur le marché dans les années 1980, ont entraîné une généralisation du concept, avec des diagnostics de dépression de plus en plus fréquents et un recours habituel au traitement pharmacologique. Avant cette découverte, de nombreuses dépressions étaient traitées par psychothérapie, les médecins hésitant à prescrire les anciens antidépresseurs de maniement délicat et aux effets indésirables multiples. C'est à cette même époque que les cliniciens ont cessé d'opposer les dépressions psychogènes – c'est-à-dire réactionnelles à des facteurs psychologiques – aux dépressions endogènes – liées à des facteurs biologiques. Désormais, on s'attarde peu sur les raisons ou les causes des états dépressifs. On prescrit dans les deux cas le même traitement avec des effets analogues (Olié et al., 1995). En effet, actuellement, la dépression est présentée comme une maladie liée à une carence sérotoninergique, mais nous verrons que ce modèle, quelle que soit sa diffusion, n'est pas pertinent.

La période actuelle est caractérisée par une remise en cause de l'efficacité des molécules les plus récentes et la recherche d'alternatives thérapeutiques. Cette remise en cause s'apparente le plus souvent à un déni de la maladie dépressive. Malgré sa fréquence, son ubiquité et sa dangerosité potentielle, l'existence même de la dépression est souvent niée. La non-reconnaissance de cette souffrance entraîne un retard au diagnostic et surtout une culpabilisation des patients préjudiciable à la bonne observance du traitement. Les médias se saisissent régulièrement de la surconsommation de psychotropes en France, sans différencier les diverses classes de médicaments, anxiolytiques ou antidépresseurs, et surtout sans se soucier de la concordance ou non de ces prescriptions avec la fréquence des maladies traitées. Se pose-t-on les mêmes questions vis-à-vis des prescriptions d'hypolipémiants ou d'antihypertenseurs ? Probablement non. Les déprimés continuent, comme au Moyen Âge, à ne pas être considérés comme des malades à part entière.

Peut-être prescrit-on trop de psychotropes en France ; ce n'est pas certain. En revanche, il est clairement démontré que les traitements antidépresseurs sont pris sur des périodes beaucoup trop courtes. Le défi actuel de la prise en charge de la dépression n'est pas de fustiger la surconsommation de médicaments mais bien d'améliorer le traitement, et en particulier l'observance quand le recours aux thymo-analeptiques est nécessaire.

# 2 Modèles

La dépression est une maladie multifactorielle. Ses déterminants sont biologiques, psychologiques et sociaux.

## Facteurs biologiques

La dépression est une maladie complexe ; son étiologie est multifactorielle et ne peut pas se résumer à des facteurs génétiques ou biochimiques. Néanmoins, il existe des arguments robustes en faveur d'une participation biologique dans la genèse ou le maintien des affects dépressifs. Depuis le milieu du XX[e] siècle, les scientifiques défendent une hypothèse monoaminergique qui explique la dépression par une perturbation de la neurotransmission. Rappelons que la neurotransmission est le mécanisme qui permet de transmettre le signal électrique d'un neurone à l'autre, en libérant dans la fente synaptique des substances chimiques appelées neurotransmetteurs. Les substances impliquées sont la dopamine, la noradrénaline et surtout la sérotonine. Ce paradigme propose, comme modèle de la dépression, une diminution des effets cérébraux de ces trois substances, que ce soit par déplétion ou par modification de leur affinité pour les récepteurs synaptiques. Cependant, nous ignorons si ces modifications biochimiques sont les causes ou les conséquences de la dépression.

Si incontestablement on observe des perturbations neurobiologiques au cours des troubles de l'humeur, cela n'est pas un argument suffisant pour en faire *in fine* l'élément majeur de compréhension des maladies de l'humeur. Il n'est pas possible dans l'état actuel de nos connaissances d'objectiver un dysfonctionnement de la transmission monoaminergique. Le principal argument en faveur d'une origine neurobiologique de la dépression repose sur l'efficacité des traitements antidépresseurs. Toutefois, cette hypothèse n'explique pas le délai de latence de 2 à 3 semaines pour voir se dessiner l'efficacité d'un traitement antidépresseur. Elle peine aussi à donner un modèle explicatif au concept de dépression résistante. En outre, il n'existe pas, à notre connaissance, d'autre domaine de la médecine où l'on considère que l'efficacité d'un traitement signe l'étiologie du trouble. L'action de l'aspirine n'a jamais amené à envisager les céphalées comme secondaires à une perturbation du métabolisme de l'acide acétylsalicylique.

Une autre perturbation biologique est fréquente chez les patients déprimés : l'augmentation du cortisol sérique. Cette hormone sécrétée par les glandes surrénales est sous le contrôle de l'hypothalamus. Cette zone cérébrale sous-corticale est impliquée dans la gestion du stress, du sommeil, de l'appétit et de la sexualité, comportements fréquemment perturbés dans les dépressions. L'hypothalamus participe aussi à la régulation des émotions.

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

Plus récemment, des chercheurs se sont intéressés aux mécanismes géniques qui maintiennent en vie les neurones. Un gène a été identifié, le *brain derived neurotrophic factor* (BDNF) ; son expression serait modifiée chez certains patients déprimés.

En revanche, les études génétiques sont formelles : il n'existe pas – hors troubles bipolaires où la question n'est pas tranchée – de transmission familiale de la dépression. Ce n'est ni une maladie héréditaire ni une maladie génétique.

## Facteurs psychologiques

Trois chercheurs ont proposé des modèles psychologiques rigoureux de compréhension de la dépression. Loin d'être exclusif l'un de l'autre, ils se complètent harmonieusement. C'est dans un souci de clarté que nous les présentons séparément.

### Diminution des renforcements positifs

Les théories de l'apprentissage montrent qu'un comportement se met en place en fonction de ses conséquences : c'est la loi de l'effet. Burrhus Skinner a décrit dans les années 1960 l'importance des facteurs de renforcement qui maintiennent ou augmentent, par rétroaction positive, la probabilité de survenue d'un comportement (Skinner, 1979). Pour résumer ses travaux, nous pouvons admettre qu'un comportement se maintient uniquement s'il procure des avantages. Dans le cas contraire, en l'absence de renforcement, ce comportement disparaît.

Ce principe des renforcements est très présent dans le monde du travail. Nous travaillons pour obtenir notre salaire à la fin du mois. Le principe des primes, promotions et notations repose sur cette notion. Soulignons d'emblée que les renforcements ne sont pas forcément matériels : un sourire, un compliment, une attention ont la même fonction.

Peter Lewinshon a développé un modèle explicatif de la dépression fondé sur la diminution des renforcements positifs (Lewinshon et Libet, 1972). Pour lui, la modulation de l'humeur est liée à la quantité d'activités plaisantes entreprises par le sujet et le plaisir ressenti est secondaire au nombre de renforcements reçus. Dans certaines conditions, un sujet peut ne plus y avoir accès – appauvrissement de son entourage, chômage, déménagement, séparation, âge avancé, incompétence relationnelle, phobie sociale, barrière linguistique, etc. Cette absence de rétroaction positive a non seulement un effet délétère sur l'humeur mais provoque aussi une diminution d'activité globale qui, dans un effet de spirale négative, majore l'isolement. Des programmes thérapeutiques, purement comportementaux, proposent une reprise d'activité structurée. Idéalement, ils impliquent l'entourage professionnel ou familial afin que le patient bénéficie à nouveau de renforcements comme conséquences de ses actions.

*Cas clinique*

Claudine, 46 ans, travaillait depuis près de 15 ans dans une entreprise de services. Célibataire, elle était très investie dans son travail. Pour elle, tout se passait bien jusqu'au jour où, selon l'expression communément admise, elle a été « mise au placard ». Progressivement, on lui a retiré l'ensemble de ses responsabilités, on ne sollicitait plus son avis et elle n'était plus intégrée dans les nouveaux projets. En l'absence d'interaction avec ses collègues – et par conséquent de renforcement positif –, elle a vite développé une dépression franche. Un traitement psychothérapique basé sur une reprise progressive d'activités plaisantes lui a permis de guérir. Elle a aussi trouvé les ressources nécessaires pour quitter son emploi et s'investir dans une autre entreprise.

## Impuissance apprise

C'est dans les années 1970 que Martin Seligman, un psychologue américain, a souligné que la dépression survenait quand un sujet faisait l'expérience de son absence de contrôle des événements (Seligman, 1975).

Ce chercheur a démontré que si on soumettait des animaux à des chocs électriques répétés, sans possibilité de les éviter, ils apprenaient à se résigner. Si, dans un second temps, les animaux ont la possibilité de se soustraire au choc, ils ne cherchent pas à éviter la punition. Ils se recroquevillent et restent apathiques. Cet état, nommé impuissance apprise ou désespoir appris, est considéré comme un modèle de dépression. L'industrie pharmaceutique utilise des procédures proches pour évaluer, chez l'animal, les éventuels effets antidépresseurs d'une nouvelle molécule.

Les individus confrontés à des situations répétitives – qu'elles soient négatives ou positives – sur lesquelles ils n'ont pas de prise développent un état associant une inhibition de la volonté, une lenteur idéomotrice et un découragement. Cette attitude passive, résignée, entraîne fréquemment une dépression.

Dans une perspective skinnérienne, c'est une inhibition comportementale liée à l'absence de renforcement positif envisageable par le patient.

## Modèle cognitif

Pour Aaron Beck, la dépression est liée à des erreurs dans le traitement de l'information (Beck, 2010). Les expériences vécues par le patient et les situations auxquelles il est confronté sont interprétées à travers un filtre cognitif qui modifie la perception des événements. Ce filtre est constitué par les biais cognitifs, qui sont des erreurs de logique, et par les schémas cognitifs qui sont des règles de fonctionnement implicites dysfonctionnelles.

Ce modèle aboutit à ce qu'on nomme la triade cognitive de Beck qui associe :

- une mauvaise vision de soi : « Je ne vaux rien » ;
- une perception sombre de l'environnement : « Tout va mal » ;
- une idée négative de l'avenir associée à une perte d'espoir : « Le futur est sans espoir. »

Cette représentation mentale, particulièrement sombre, provoque une vision négative de soi et de son environnement et contribue à la mise en place des affects dépressifs.

*Cas clinique*

Pierre, 28 ans, était venu consulter sur l'insistance de son médecin de famille. Marié, père de deux enfants, il évoquait des idées de ruine et d'abandon. Suite à une déconvenue dans son travail de contrôleur de gestion, il avait enchaîné des idées noires. Son incapacité à mener à bien sa mission témoignait, d'après lui, de son incapacité globale. Il allait probablement perdre son emploi. La crise actuelle l'empêcherait d'en retrouver un autre, il ne pourrait plus payer son loyer et son épouse le quitterait. Il ne lui resterait alors plus que le choix entre se suicider ou finir clochard. Cet état s'était installé après que son supérieur lui a souligné une erreur, anodine, dans son reporting mensuel.

Un traitement antidépresseur a rapidement redressé l'humeur. Un travail cognitif a permis de travailler sur le mode de raisonnement souvent dichotomique du patient et sur ses schémas de perfection.

Pierre est toujours marié et vient de bénéficier d'une promotion.

Très souvent, chez le déprimé, les trois mécanismes de la triade de Beck sont présents. Des événements anodins sont interprétés négativement. Le patient ne parvient pas à les modifier et se trouve impuissant, découragé. Il se met en position de retrait, jugeant inutile de lutter, et réduit ses activités. Cela entraîne une diminution des renforcements positifs et majore la diminution d'activité ainsi que la vision négative portée sur l'environnement.

## Facteurs sociaux

L'importance des facteurs extérieurs a depuis longtemps été soulignée dans la genèse des dépressions. Il peut s'agir d'événements de vie, impliquant le plus souvent une perte, comme un deuil, une période de chômage, une maladie ou une séparation. D'autres fois, ce sont des facteurs sociaux – conflits professionnels ou conjugaux, difficultés financières ou problèmes de logement. Ou encore, de façon plus surprenante, des événements heureux comme une promotion, un mariage ou une naissance. Cette place des facteurs environnementaux a contribué un temps à une opposition entre dépression endogène et dépression psychogène ou réactionnelle. Cette dichotomie a été abandonnée dans les années 1980 au profit d'une vision unitaire des dépressions plus opérante sur les plans clinique et surtout thérapeutique.

Ces facteurs ne provoquent jamais à eux seuls une dépression, mais ils peuvent contribuer à son déterminisme, à son maintien ou à sa chronicisation. Tous les individus ne réagissent pas de la même façon à un événement donné ; la vulnérabilité individuelle est très variable. Il est en outre difficile d'affirmer une relation de causalité directe entre événements de vie

et dépression. Il s'agit plus de facteurs précipitants que de facteurs déclenchants. De plus, la qualité du support social détermine de façon significative l'impact événementiel (Hardy et Gorwood, 1993). Ainsi, l'absence de relation de soutien avec un collègue, un ami ou un conjoint amplifie l'impact des événements stressants aussi bien pour le déclenchement du trouble de l'humeur que pour sa pérennisation.

La place des événements de vie précoces, survenant dans l'enfance, semble en revanche peu spécifique ; ils se retrouvent dans la plupart des troubles psychiatriques de l'adulte.

De nombreux auteurs, issus de la mouvance analytique, se sont intéressés aux pertes parentales précoces, aux divorces et aux troubles des interactions dans l'enfance. Quelle que soit la douleur provoquée par ces événements, leur impact reste limité. Ces travaux, bien qu'intéressants d'un point de vue théorique, peinent à faire preuve d'une réelle utilité clinique. Ils négligent souvent le rôle des possibilités de suppléance.

Plus que les événements de vie, ce sont les capacités à y faire face qui semblent importantes, ce qu'on appelle les stratégies de *coping*. Nous pouvons néanmoins retenir un certain nombre de points (Hardy et Gorwood, 1995) :

- les patients déprimés rapportent trois fois plus d'événements de vie dans les 6 mois précédant les troubles que des sujets appariés de population générale ;
- le risque de dépression chez un sujet exposé à un événement stressant est six fois supérieur à celui d'un groupe contrôle ;
- moins de 10 % des sujets exposés à un événement stressant développent une dépression dans les mois qui suivent.

Ces données soulignent l'erreur si commune qui intuitivement fait le lien entre tristesse et dépression. Le patient déprimé est triste, mais la dépression n'est pas une forme extrême de tristesse. Ne confondons pas émotion et maladie.

Quelles que soient les controverses issues des recherches épidémiologiques, il nous semble indispensable de tenir compte dans la prise en charge du patient déprimé de son histoire, de sa singularité, de son environnement affectif et relationnel et de ses conditions de travail. C'est d'ailleurs ce que met en évidence l'analyse fonctionnelle dans sa dimension diachronique.

Il existe différentes échelles pour évaluer les événements de vie potentiellement générateurs de stress. La plus classique est l'échelle forgée par Holmes et Rahe en 1967. C'est un autoquestionnaire de 43 items appelé *Schedule of Recent Experience* (SRE). Les études internationales utilisent souvent le questionnaire proposé par Brown et Harris, la *Life Events and Difficulties Schedule* (LEDS). À titre personnel, j'ai l'habitude d'utiliser la *Life Event Inventory* (tableau 2.1). C'est un hétéroquestionnaire de passation prolongée mais très informatif, qui ne sous-estime pas le poids des événements professionnels. Il est divisé en trois sections : la première concerne tout le monde et les deux suivantes sont différenciées en fonction du statut conjugal.

**Tableau 2.1**
***Life Event Inventory* (Cochrane et Robertson, 1973)**

| Section 1 : pour tous | |
|---|---|
| 1 | Chômage ou femme au foyer |
| 2 | Problèmes avec les supérieurs hiérarchiques |
| 3 | Nouveau travail dans la même branche de travail |
| 4 | Nouveau travail dans une autre branche de travail |
| 5 | Changement des horaires ou des conditions de travail actuel |
| 6 | Promotion ou changement des responsabilités dans le travail |
| 7 | Retraite |
| 8 | Déménagement |
| 9 | Achat de sa propre maison (entraînant un emprunt) |
| 10 | Nouveaux voisins |
| 11 | Querelles avec les voisins |
| 12 | Augmentation substantielle des revenus (de 25 % au moins) |
| 13 | Diminution substantielle des revenus (de 25 % au moins) |
| 14 | Dettes contractées au-delà des capacités de remboursement |
| 15 | Départ en vacances |
| 16 | Condamnation pour des violations mineures de la loi |
| 17 | Condamnation à l'emprisonnement |
| 18 | Participation à une guerre |
| 19 | Membre de la famille proche débutant une intoxication alcoolique |
| 20 | Membre de la famille proche effectuant une tentative de suicide |
| 21 | Membre de la famille proche allant en prison |
| 22 | Mort d'un membre du foyer |
| 23 | Mort d'un ami proche |
| 24 | Maladie grave d'un membre du foyer |
| 25 | Arrivée d'un nouveau membre de la famille dans le foyer |
| 26 | Problèmes en relation avec l'alcool ou la drogue |
| 27 | Limitations importantes dans la vie sociale |
| 28 | Période de vie sans domicile fixe (hôtel, foyer) |
| 29 | Maladie ou blessure sérieuse nécessitant une hospitalisation pour des soins |
| 30 | Maladie prolongée nécessitant un traitement par le médecin (à domicile) |
| 31 | Détérioration soudaine et grave de l'ouïe ou de la vue |
| 32 | Grossesse non désirée |
| 33 | Fausse couche |
| 34 | Avortement |
| 35 | Difficultés sexuelles |

**Tableau 2.1**
***Life Event Inventory* (Cochrane et Robertson, 1973) (suite)**

| | |
|---|---|
| **Section 2 : pour les personnes mariées uniquement** | |
| 36 | Mariage |
| 37 | Grossesse personnelle ou grossesse de votre épouse |
| 38 | Augmentation des disputes avec le conjoint |
| 39 | Augmentation des disputes avec un membre du foyer quel qu'il soit |
| 40 | Mésentente avec les autres relations par alliance |
| 41 | Départ du fils ou de la fille de la maison |
| 42 | Enfants gardés, confiés aux bons soins des autres |
| 43 | Mésentente ou troubles du comportement de ses propres enfants |
| 44 | Mort du conjoint |
| 45 | Divorce |
| 46 | Séparation conjugale |
| 47 | Aventure sexuelle extraconjugale |
| 48 | Rupture de relation |
| 49 | Infidélité du conjoint |
| 50 | Réconciliation conjugale |
| 51 | Femme commençant ou finissant un emploi |
| **Section 3 : pour les personnes n'ayant jamais été mariées** | |
| 52 | Rupture avec un(e) ami(e) stable |
| 53 | Problèmes en rapport avec les relations sexuelles |
| 54 | Augmentation du nombre des disputes familiales (avec les parents, etc.) |
| 55 | Rupture des relations avec la famille |

Ces différentes échelles n'ont d'intérêt que si la passation est réalisée par des psychologues expérimentés et spécifiquement formés.

## *Cas clinique*

Dominique, 38 ans, ancien sportif de haut niveau, a été agressé sur son lieu de travail par un usager mécontent. Il semblait avoir bien géré cette altercation et n'en avait pas parlé à son entourage. Six mois plus tard, lors de l'entretien annuel d'évaluation, sa notation est revue à la baisse. Il développe, dans les jours qui suivent, un état mêlant anxiété, idées noires et inhibition comportementale ; il ressasse des idées de non-reconnaissance du travail accompli mêlé à un fort ressentiment à l'encontre de son employeur. Cette dépression n'est pas la conséquence de son évaluation mais bien à rattacher au traumatisme psychique provoqué par l'agression.

Ce cas clinique illustre bien la place des événements de vie parfois déjà anciens dans le déclenchement d'une dépression. Un épisode anodin peut faire basculer un patient alors qu'il avait parfaitement géré auparavant des traumatismes majeurs. Dans l'histoire de Dominique, c'est aussi son silence qui a été à l'origine du trouble. Il pensait avoir surmonté l'agression, ne l'avait pas évoqué avec son entourage familial et avait banalisé l'événement sur son lieu de travail. Il n'en avait jamais reparlé à ses collègues. C'était une erreur : le support social peut avoir un rôle de tampon ou d'étayage qui permet de mieux régler ses problèmes.

# 3 Clinique

La dépression se caractérise par l'association d'une humeur dépressive et de la perte d'intérêt ou de plaisir pour la plupart des activités de la vie quotidienne. Cet état doit être prolongé et présent tous les jours, toute la journée, pendant plusieurs semaines. Différents symptômes peuvent être présents, qu'il est classique de regrouper en quatre grandes catégories : les signes psychiques, les signes psychomoteurs, les signes physiques et les conduites suicidaires.

## Signes psychiques

C'est avant tout l'humeur dépressive qui se manifeste par une tristesse profonde, incompréhensible, faite d'un mélange d'ennui, de dégoût, de découragement, de désespoir et de regrets. Elle provoque une douleur morale intense. Rien n'est comparable à cette douleur qui est une expérience nouvelle. Elle donne une impression d'impuissance, d'impasse, d'incapacité à ressentir ou à entreprendre. Elle conduit au désespoir et sous-tend les idées suicidaires.

L'installation de cette tristesse n'est pas immédiate et est souvent précédée d'une phase de morosité, d'irritabilité ou de labilité émotionnelle, où la réactivité émotionnelle à des situations anodines devient exagérée.

La perte de plaisir ou anhédonie touche toutes les activités (tableau 3.1). Le patient n'éprouve plus aucun intérêt pour ses activités de loisir, ou pour les occupations jugées antérieurement plaisantes. L'intérêt pour la vie sexuelle diminue ou disparaît. Les activités de vie quotidienne – courses, ménage, toilette, habillement – sont difficiles, pouvant mener à un état d'incurie. La vie professionnelle est bien évidemment touchée, nous y reviendrons.

On observe une asthénie affective, un repli sur soi, une indécision, une apathie. Le patient se sent honteux et son fonctionnement psychique est obéré par des ruminations sur des événements mineurs.

L'anxiété accompagne toujours l'épisode dépressif, que ce soit sous la forme d'une anxiété généralisée permanente avec le sentiment d'un danger imminent à venir ou d'une perception inquiète de l'avenir. On retrouve aussi des crises anxieuses paroxystiques ou des attaques de panique. Parfois, l'anxiété s'exprimera sous forme de phobie, principalement une agoraphobie, c'est-à-dire une peur des lieux très peuplés, ou en prenant le caractère d'une phobie sociale, c'est-à-dire de difficultés marquées dans les relations aux autres.

## Signes psychomoteurs

Le ralentissement psychomoteur est un élément majeur du diagnostic de dépression. Les critères diagnostiques du DSM-IV négligent, à notre avis, l'importance de ce symptôme.

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

**Tableau 3.1**
**Comment évaluer l'anhédonie : échelle de plaisir à 14 items de Snaith-Hamilton (SHAPS) (Loas et al., 1997)**

| |
|---|
| Mon émission préférée de télévision ou de radio me procure beaucoup de plaisir |
| J'apprécie beaucoup d'être avec ma famille ou avec des amis intimes |
| Je trouve du plaisir dans mes hobbies et passe-temps |
| Je suis capable d'apprécier mon plat favori |
| J'aime beaucoup prendre un bain chaud ou une douche rafraîchissante |
| Je trouve du plaisir dans le parfum des fleurs, ou dans l'odeur d'une fraîche brise de mer ou du pain qui sort du four |
| J'aime beaucoup voir des visages souriant autour de moi |
| J'apprécie beaucoup de paraître élégant quand j'ai fait un effort pour soigner mon apparence |
| J'aime beaucoup lire un livre, un magazine ou un journal |
| J'apprécie beaucoup une tasse de thé ou de café ou un verre de ma boisson favorite |
| Je trouve du plaisir dans des petits riens tels que, par exemple, une journée fortement ensoleillée ou un coup de téléphone à un ami |
| Je suis capable d'apprécier un très beau paysage ou une très belle vue |
| Je prends plaisir à aider les autres |
| Je ressens du plaisir à recevoir des éloges d'autres personnes |

C'est un ralentissement moteur : tout mouvement devient lent, difficile, même la mimique devient figée, pouvant dans les cas les plus graves prendre l'aspect d'un masque où rien ne bouge et où les rides du front arborent l'oméga mélancolique. De nombreux peintres on su saisir cette expression de souffrance dont les représentations picturales sont classiques depuis Dürer. Le déprimé se sent vide, sans énergie.

Ce ralentissement touche aussi le fonctionnement cérébral : on parle de bradypsychie. Le discours est lent, monotone. Le patient se plaint de plus parvenir à réfléchir, à ordonner ses idées. On observe un ralentissement idéatoire et des troubles de la mémoire. Ces troubles mnésiques obèrent fortement la mémoire explicite mais respectent habituellement la mémoire implicite.

## Signes physiques

On observe des troubles du sommeil avec en particulier une insomnie de fin de nuit qui est quasiment pathognomonique de la dépression. Cette insomnie est parfois remplacée par une hypersomnie jugée non réparatrice par le patient.

Des troubles de l'alimentation prennent la forme d'anorexie souvent marquée, mais il est légitime de s'intéresser à des signes plus discrets : diarrhée, constipation, nausées, pesanteur digestive, etc.

On retrouve aussi de multiples plaintes somatiques (palpitations, crampes, vertiges) qui sont l'expression de l'anxiété qui accompagne le trouble de l'humeur.

## Conduites suicidaires

L'idée de mort est constante chez le déprimé. Il ne s'agit pas, comme chez l'anxieux, d'une peur de mourir mais bien d'une envie de mourir. La recherche des idées noires et des idéations suicidaires doit être systématique. En France, on dénombre chaque année 12 000 décès par suicide, et les tentatives de suicide sont vingt fois plus nombreuses. Bien évidemment, les conduites suicidaires ne se résument pas à des problèmes dépressifs, mais les troubles de l'humeur en sont à l'origine dans la majorité des cas.

Après avoir interrogé le patient sur l'existence d'idées suicidaires, il faudra rechercher le degré de détermination et l'existence d'un plan précis. Nous verrons dans le Chapitre 6 consacré aux conduites suicidaires les facteurs de risque, les outils d'évaluation et les mesures de prévention possibles.

### *Cas clinique*

Catherine est venue consulter après avoir affronté bien des tourments. Cette femme de 39 ans, ancienne directrice régionale d'une société de services, avait successivement été quittée par son compagnon puis licenciée. Elle venait en outre de se faire flouer dans l'achat d'un véhicule sur Internet, et présentait un état dépressif sévère. Son entourage et ses médecins considéraient son état comme la résultante de ces épreuves. En réalité, sa dépression traînait depuis de nombreux mois sans avoir été diagnostiquée. Et c'est cette maladie qui était à l'origine même de ses problèmes. Son humeur maussade, son anhédonie et l'effondrement de sa libido avaient doucement détruit son couple. Son manque de fiabilité, son ralentissement psychomoteur et ses troubles mnésiques lui avaient fait commettre suffisamment d'erreurs pour que son employeur la licencie. Enfin, ses troubles du jugement l'avaient rendue assez crédule pour payer une voiture qu'elle n'avait jamais vue.

## Évaluation

Il est indispensable d'évaluer l'intensité de la symptomatologie dépressive, au premier entretien pour décider des modalités thérapeutiques, mais aussi tout au long du suivi pour vérifier l'efficacité de la prise en charge. Cette évaluation est fondée sur l'entretien clinique mais surtout sur des évaluations standardisées ; les plus courantes sont l'échelle de Beck (BDI ou *Beck Depression Inventory*) et l'échelle de Hamilton (HRSD ou *Hamilton Rating*

*Scale for Depression*). Ne pas effectuer cette étape qui donne une note chiffrée serait aussi surprenant que de ne pas prendre la tension artérielle dans le suivi d'un traitement antihypertenseur. Pour les médecins, l'évaluation standardisée de la dépression donne lieu à une cotation spécifique dans la nomenclature des actes médicaux (alqp003). Le prix de l'acte est élevé (69,12 €) tant cette évaluation a été jugée importante.

### Échelle de Beck

Pour évaluer si votre patient souffre d'un syndrome dépressif, vous pouvez le tester sur l'échelle de Beck (Guelfi, 2008). C'est un questionnaire de dépression générale. En effet, il n'existe pas d'outil d'évaluation spécifique, validé, pour la dépression professionnelle. Cependant, la sensibilité de ce test est excellente, quelle que soit l'origine de la dépression.

Il est constitué de 13 questions assorties, chaque fois, de quatre réponses possibles (tableau 3.2). Il s'agit de répondre aux différentes propositions en entourant pour chaque item le chiffre qui correspond le mieux à l'état d'esprit du patient. C'est une auto-évaluation de passation simple et rapide.

### Échelle de Hamilton (Guelfi, 2008)

C'est une hétéro-évaluation qui comporte 17 questions (tableau 3.3) ; elle une nécessite une passation par un professionnel formé à son utilisation. C'est l'échelle la plus utilisés par les médecins ou les psychologues pour évaluer l'évolution des symptômes lors du traitement de la dépression. Elle a été publiée en 1960 par le psychiatre Max Hamilton et révisée en 1967. Il existe une version à 21 items qui n'est plus guère utilisée actuellement.

Il n'existe pas d'évaluation spécifique, validée, de la dépression professionnelle. Les deux échelles présentées permettent une évaluation satisfaisante de l'intensité de la dépression au travail. Les limites de cette évaluation sont les mêmes que pour les troubles de l'humeur au sens large. Soulignons qu'il s'agit bien d'outils d'évaluation et en aucun cas d'outils diagnostiques.

## Critères diagnostiques

Sur le plan médical, la dépression se différencie du mal-être. Ainsi, la dépression majeure ou caractérisée se définit comme un trouble caractérisé par des symptômes suffisamment aigus, nombreux et durables pour justifier ce diagnostic. Dans l'acceptation actuelle de la maladie dépressive, il n'y a pas de continuum entre tristesse et dépression. Il s'agit d'une maladie, d'une catégorie, et non pas d'une dimension.

Le diagnostic est posé en se servant des critères des classifications internationales des maladies DSM-IV-TR (tableau 3.4) ou CIM-10.

Il est à noter que le critère d'exclusion lié au deuil va manifestement être supprimé de la nouvelle version à paraître de la classification américaine des troubles mentaux (DSM-V).

**Tableau 3.2**
**Échelle de Beck**

| | |
|---|---|
| ***A*** | |
| 0 | Je ne me sens pas triste |
| 1 | Je me sens cafardeux ou triste |
| 2 | Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir |
| 3 | Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter |
| ***B*** | |
| 0 | Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir |
| 1 | J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir |
| 2 | Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer |
| 3 | Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer |
| ***C*** | |
| 0 | Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie |
| 1 | J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens |
| 2 | Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs |
| 3 | J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants) |
| ***D*** | |
| 0 | Je ne me sens pas particulièrement insatisfait |
| 1 | Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances |
| 2 | Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit |
| 3 | Je suis mécontent de tout |
| ***E*** | |
| 0 | Je ne me sens pas coupable |
| 1 | Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps |
| 2 | Je me sens coupable |
| 3 | Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vaux rien |
| ***F*** | |
| 0 | Je ne suis pas déçu par moi-même |
| 1 | Je suis déçu par moi-même |
| 2 | Je me dégoûte moi-même |
| 3 | Je me hais |
| G | |
| 0 | Je ne pense pas à me faire du mal |
| 1 | Je pense que la mort me libérerait |
| 2 | J'ai des plans précis pour me suicider |
| 3 | Si je le pouvais, je me tuerais |

**Tableau 3.2**
**Échelle de Beck (suite)**

| | |
|---|---|
| ***H*** | |
| 0 | Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les autres gens |
| 1 | Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois |
| 2 | J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux |
| 3 | J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement |
| ***I*** | |
| 0 | Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume |
| 1 | J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision |
| 2 | J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions |
| 3 | Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision |
| ***J*** | |
| 0 | Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant |
| 1 | J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux |
| 2 | J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux |
| 3 | J'ai l'impression d'être laid et repoussant |
| ***K*** | |
| 0 | Je travaille aussi facilement qu'auparavant |
| 1 | Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose |
| 2 | Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit |
| 3 | Je suis incapable de faire le moindre travail |
| ***L*** | |
| 0 | Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude |
| 1 | Je suis fatigué plus facilement que d'habitude |
| 2 | Faire quoi que ce soit me fatigue |
| 3 | Je suis incapable de faire le moindre travail |
| ***M*** | |
| 0 | Mon appétit est toujours aussi bon |
| 1 | Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude |
| 2 | Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant |
| 3 | Je n'ai plus du tout d'appétit |
| ***Résultat*** | |
| La note est obtenue en additionnant le chiffre de chaque réponse. Le score varie de 0 à 39 :<br>–0 à 3 : pas de dépression<br>–4 à 7 : dépression légère<br>–8 à 15 : dépression modérée<br>–16 et plus : dépression sévère | |

**Tableau 3.3**
**Échelle de Hamilton**

| | |
|---|---|
| ***1 – Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)*** | |
| 0 | Absent |
| 1 | Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le patient |
| 2 | Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément |
| 3 | Le sujet communique ses états affectifs non verbalement, par exemple par son expression faciale, son attitude, sa voix, sa tendance à pleurer |
| 4 | Le sujet ne communique pratiquement que ces états dans ses communications spontanées verbales et non verbales |
| ***2 – Sentiment de culpabilité*** | |
| 0 | Absent |
| 1 | S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens |
| 2 | Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables |
| 3 | La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité |
| 4 | Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes |
| ***3 – Suicide*** | |
| 0 | Absent |
| 1 | A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue |
| 2 | Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même |
| 3 | Idées ou geste de suicide |
| 4 | Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse) |
| ***4 – Insomnie : début de nuit*** | |
| 0 | Pas de difficulté à s'endormir |
| 1 | Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir – par exemple, mettre plus d'une demi-heure |
| 2 | Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir |
| ***5 – Insomnie : milieu de nuit*** | |
| 0 | Pas de difficulté |
| 1 | Le patient se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit |
| 2 | Se réveille pendant la nuit – coter 2 toutes les fois où le patient se lève du lit (sauf si c'est pour uriner) |
| ***6 – Insomnie du matin*** | |
| 0 | Pas de difficulté |
| 1 | Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort |
| 2 | Incapable de se rendormir s'il se lève |

**Tableau 3.3**
**Échelle de Hamilton (suite)**

| | |
|---|---|
| ***7 – Travail et activités*** | |
| 0 | Pas de difficulté |
| 1 | Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente |
| 2 | Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente – décrite directement par le patient, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou avoir une activité quelconque) |
| 3 | Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. Coter si le patient ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités, à l'exclusion des tâches de routine |
| 4 | A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. Coter si le patient n'a aucune autre activité que les tâches de routine, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé |
| ***8– Ralentissement (pendant l'entretien : lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)*** | |
| 0 | Langage et pensées normaux |
| 1 | Léger ralentissement pendant l'entretien |
| 2 | Ralentissement manifeste à l'entretien |
| 3 | Entretien difficile |
| 4 | Stupeur |
| ***9 – Agitation*** | |
| 0 | Aucune |
| 1 | Crispations, secousses musculaires |
| 2 | Joue avec ses mains, ses cheveux, etc. |
| 3 | Bouge, ne peut rester assis |
| 4 | Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres |
| ***10 – Anxiété psychique*** | |
| 0 | Aucun trouble |
| 1 | Tension subjective et irritabilité |
| 2 | Se fait du souci à propos de problèmes mineurs |
| 3 | Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage |
| 4 | Peurs exprimées sans que l'on pose de question |
| ***11 – Anxiété somatique (symptômes physiologiques concomitants de l'anxiété)*** | |
| 0 | Absente |
| 1 | Légère |
| 2 | Modérée |

**Tableau 3.3**
**Échelle de Hamilton (suite)**

| | |
|---|---|
| 3 | Sévère |
| 4 | Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle |
| ***12 – Symptômes somatiques gastro-intestinaux*** | |
| 0 | Aucun |
| 1 | Perte d'appétit mais mange sans y être poussé ; sentiment de lourdeur abdominale |
| 2 | A des difficultés à manger en l'absence d'incitations ; demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques |
| ***13 – Symptômes somatiques généraux*** | |
| 0 | Aucun |
| 1 | Lourdeurs dans les membres, le dos, la tête ; douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires ; perte d'énergie et fatigabilité |
| 2 | Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net |
| ***14 – Symptômes génitaux (tels que : perte de la libido, troubles menstruels ; questionner sur l'intérêt pour la sexualité)*** | |
| 0 | Absents |
| 1 | Légers |
| 2 | Graves |
| ***15 – Hypocondrie*** | |
| 0 | Absente |
| 1 | Attention concentrée sur son propre corps |
| 2 | Préoccupations sur sa santé |
| 3 | Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc. |
| 4 | Idées délirantes hypocondriaques |
| ***16 – Perte de poids*** | |
| 0 | Pas de perte de poids |
| 1 | Perte de poids probable liée à la maladie actuelle |
| 2 | Perte de poids certaine (selon le patient) |
| ***17 – Prise de conscience*** | |
| 0 | Reconnaît qu'il est déprimé et malade |
| 1 | Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc. |
| 2 | Nie qu'il est malade |
| ***Résultat*** | |
| Il s'obtient en additionnant les scores de chaque item ; plus la note est élevée, plus la dépression est grave :<br>– 10 à 13 : symptômes dépressifs légers<br>– 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés<br>– plus de 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères | |

**Tableau 3.4**
**Critères de l'épisode dépressif majeur selon le DSM-IV-TR**

| |
|---|
| ***A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.*** |
| 1. Humeur dépressive présente pendant pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent. |
| 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). |
| 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple, modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.<br>Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue. |
| 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. |
| 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur). |
| 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. |
| 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement de se faire grief ou se sentir coupable d'être malade). |
| 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). |
| 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider. |
| ***B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.*** |
| ***C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.*** |
| ***D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).*** |
| ***E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher ; les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.*** |

Le diagnostic de la dépression est uniquement clinique et ne nécessite pas d'examen complémentaire. Il est posé à l'issu d'un entretien structuré réalisé par un médecin ou un psychologue. Dans certains cas, ce diagnostic est difficile et nécessite des cliniciens expérimentés pour démêler les différents éléments sémiologiques. Rappelons que les échelles proposées plus haut ne servent qu'à évaluer le degré de sévérité et ne s'utilisent qu'une fois le diagnostic posé.

# Formes cliniques

## Épisode dépressif caractérisé

Il correspond aux critères diagnostiques des classifications internationales (DSM-IV-TR, CIM-10). C'est ce qu'on appelle une dépression majeure. Ce terme de majeure, classiquement utilisé, est lié à une mauvaise traduction de l'expression anglaise *major mood disorder,* qui se traduit en réalité par épisode dépressif caractérisé. Il ne s'agit pas d'un facteur de sévérité : il existe des dépressions majeures d'intensité légère, modérée ou sévère. Cependant, l'ambiguïté existe et provoque des confusions chez les patients comme chez les médecins.

La sévérité de l'épisode est déterminée en fonction du nombre de symptômes, de leur intensité et de leur répercussion sur la vie quotidienne du patient. Cette évaluation est réalisée par un professionnel de santé expérimenté et nécessite la passation d'échelles de cotation validées. Le choix des modalités thérapeutiques découle de cette évaluation et suit les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Dans les dépressions légères, la psychothérapie est à privilégier. Son efficacité est démontrée, contrairement aux antidépresseurs qui n'ont jamais été validés dans cette sous-classe de dépression. Dans les dépressions sévères, le traitement thymo-analeptique est indispensable et associé dans la mesure du possible à une psychothérapie. Pour les dépressions modérées, les deux approches sont possibles et le choix se fait en fonction des préférences du patient mais aussi de ses représentations de la maladie dépressive.

## Dysthymie

C'est une variété de trouble de l'humeur d'évolution chronique sur plusieurs années et d'intensité modérée. Il nécessite la présence d'une humeur dépressive plus d'un jour sur deux pendant au moins 2 ans. La symptomatologie associe des troubles du sommeil, une faible estime de soi, une perte d'espoir, etc. Les répercussions sur la vie professionnelle sont importantes en raison des troubles de la concentration, de l'indécision et de la fatigue.

Le traitement de ces états souvent négligés est indispensable. Il repose uniquement sur la psychothérapie. Aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

## Déprime

Ce terme est devenu, dans le langage de tous les jours, un synonyme du mot tristesse. De nombreux patients utilisent ce vocable pour décrire leurs états d'âme. La réponse émotionnelle liée à une mauvaise nouvelle ou à une situation difficile n'est pas une maladie mais une réponse physiologique adaptée aux circonstances. Les critiques, les remontrances d'un employeur ou un désaccord professionnel ne sont jamais à l'origine d'une dépression.

Le traitement est inutile, que ce soit des antidépresseurs, des anxiolytiques ou une psychothérapie. L'intervention médicale dans cette indication est nuisible et le risque de chronicisation ou d'iatrogénisation alors majeur. La vie expose à des contrariétés, à des difficultés : il faut apprendre à les affronter.

Ni la médecine ni la psychologie n'ont vocation à prendre en charge les bleus à l'âme ; il n'y a pas lieu de médicaliser la vie émotionnelle des gens. Que ce soit avec des médicaments ou avec des psychothérapies, en l'absence de pathologie avérée, il n'y a pas d'indication à soigner.

### Trouble bipolaire

Cette maladie d'évolution chronique se caractérise par l'alternance de dépressions et de phases maniaques où l'humeur est euphorique. Elle touche 1 % de la population. Sa prise en charge très spécifique repose sur les thymorégulateurs et la psycho-éducation. Des travaux, en cours de validation, suggèrent l'utilité potentielle de la remédiation cognitive dans cette indication.

L'insertion professionnelle est parfois difficile. Les fluctuations de l'humeur sont déstabilisantes pour l'entourage du patient. L'évolution est favorable sous traitement au long cours mais il est parfois difficile d'obtenir une bonne observance thérapeutique.

### Dépression masquée

Le tableau clinique est caché derrière des plaintes physiques, des modifications du caractère ou du comportement. La dimension de tristesse, la péjoration de l'avenir, l'anhédonie ne sont pas au premier plan, ce qui rend le diagnostic ardu.

Il faut y penser quand un patient évoque une diminution de l'efficience professionnelle, se trouve agressif ou évoque une ambiance hostile. De la même façon, l'apparition d'une addiction (alcool, substances psychoactives, Internet, etc.) peut être un signe évocateur. La détresse des patients est importante vu les errances diagnostiques et thérapeutiques.

### Dépression saisonnière

C'est une forme de dépression liée à la diminution de la luminosité en hiver. Elle est très fréquente en Europe du Nord mais relativement marginale en France. La sémiologie est spécifique et peut sembler paradoxale, avec le plus souvent une hyperphagie et une hypersomnie. Son traitement est basé sur la luminothérapie.

## Répercussions

La dépression altère la qualité de vie de façon plus importante que lorsque les patients souffrent d'autres maladies chroniques comme l'hypertension

ou le diabète. C'est une maladie longue, souvent récurrente ou chronique. Elle a des répercussions dans la vie quotidienne : fatigue, labilité émotionnelle, troubles du sommeil. C'est une affection souvent comorbide. On estime que la dépression sera, à l'horizon 2020, la deuxième cause d'invalidité mondiale après les maladies cardiovasculaires.

La diminution de l'aptitude à penser, l'incapacité à prendre des décisions et les troubles du jugement peuvent amener à prendre des décisions préjudiciables tant privées que professionnelles. L'anhédonie, la baisse de la libido, l'humeur triste et la diminution d'activité ont le plus souvent des conséquences néfastes sur la vie conjugale et familiale.

L'impact économique de la dépression est également très important, que ce soit pour les coûts directs (consultations, hospitalisations, traitements, etc.) ou indirects (arrêts de travail, perte de rentabilité, suicides, etc.). Les symptômes cognitifs de la dépression entraînent une dégradation significative des capacités et de la productivité au travail (Greer et al., 2010), et parfois un présentéisme qui peut sembler paradoxal. Une personne active sur dix en Europe se serait absentée de son travail à cause d'une dépression pour une durée moyenne de 36 jours (European Depression Association, 2010).

### Le présentéisme (Monneuse, 2013)

**C'est le fait de salariés zélés présents plus que nécessaire. L'augmentation des horaires de travail se fait au détriment de l'efficacité et de la fiabilité. Leur productivité est exécrable et se répercute le plus souvent sur l'ensemble de l'équipe. Il est impensable d'envisager de produire un travail de qualité pendant plus de 8 heures.**

## Une maladie sous-diagnostiquée

La plupart des auteurs s'accordent sur le sous-diagnostic des dépressions, seul un patient sur trois étant correctement diagnostiqué. Cela est lié aux patients eux-mêmes qui souvent n'ont pas pris conscience de leur maladie et n'envisagent pas de recourir au système de soins ; la plupart du temps, ils n'évoquent même pas leurs problèmes avec un proche (Lépine et al., 1997). Même quand la symptomatologie est évidente, ils répugnent à consulter pour des symptômes qu'ils ne jugent pas pathologiques ou qui les culpabilisent ; ils pensent être suffisamment forts pour s'en sortir seuls et appréhendent le traitement, une hospitalisation et le jugement de leur entourage.

Les médecins ont aussi leur part de responsabilité. Certains ont du mal à reconnaître la dépression comme une maladie à part entière et la plupart manquent de formation pour identifier les troubles de l'humeur. Une enquête américaine concluait que 50 à 70 % des patients déprimés n'étaient pas reconnus comme tels à l'issue de la première consultation (Agency for Health Care Policy and Research, 1993). Il est important de souligner

l'existence paradoxale de nombreux faux diagnostics positifs : un grand nombre de patients non déprimés sont traités comme tels. En effet, l'usage a consacré l'expression dépression pour qualifier la tristesse ou le mal-être. Face à un thérapeute pressé, la plainte du patient suffit parfois à justifier une prescription médicamenteuse.

Pour aggraver ce tableau, il faut de plus souligner qu'une fois la dépression diagnostiquée, elle est le plus souvent sous-traitée. Le traitement prescrit n'est pas toujours adéquat – en termes de choix de médicament, de durée de traitement ou de posologie, nous y reviendrons – et l'observance souvent catastrophique. On évalue aujourd'hui à moins de 10 % le nombre de patients déprimés recevant une prise en charge adéquate pour leur maladie. Ce chiffre dramatique nécessite non seulement de s'interroger sur ses raisons mais aussi d'y remédier au plus vite.

# 4 Diagnostic différentiel

La dépression est une maladie grave et son diagnostic difficile. Elle doit être distinguée de quelques maladies somatiques dont l'expression symptomatique est proche ou des effets psychiques de la prise chroniques de produits stupéfiants. Certains médicaments induisent un état pseudo-dépressif. D'autres troubles psychiatriques, en particulier l'anxiété, peuvent être confondus avec la dépression. Enfin, beaucoup de personnes utilisent le terme dépression pour qualifier un état émotionnel jugé désagréable.

## Affections médicales

### Maladies endocriniennes

L'hypothyroïdie peut se révéler uniquement par un état dépressif. De fait, certains auteurs conseillent de pratiquer systématiquement un bilan thyroïdien chez le patient déprimé.

Les troubles parathyroïdiens ou surrénaliens, en particulier le syndrome de Cushing, peuvent provoquer une symptomatologie apparentée à une dépression.

### Maladies neurologiques

On cite classiquement la maladie de Parkinson, la chorée de Huntington, les accidents vasculaires cérébraux et les démences. Cependant, on peut aussi avoir des problèmes diagnostiques avec des tumeurs cérébrales ou des apnées du sommeil.

### Troubles induits par une substance

De nombreuses substances peuvent induire ou mimer un trouble de l'humeur. C'est le cas de multiples médicaments utilisés pour traiter des problèmes médicaux. Il est classique de citer les antihypertenseurs, les psychostimulants, les neuroleptiques et les corticoïdes. L'effet délétère sur l'humeur de nombreuses substances illicites est important, notamment la prise chronique de haschisch et de cocaïne.

## Troubles anxieux

L'anxiété fait partie des critères diagnostiques de la dépression. Il est en revanche possible d'être anxieux sans souffrir de dépression. L'anxiété est une inquiétude concernant le futur qui apparaît dangereux, périlleux. Il ne s'agit pas, comme dans la dépression, d'une péjoration de l'avenir, mais de l'attente d'une catastrophe imminente. Cette angoisse peut s'exprimer de façons variées et différents regroupements syndromiques sont décrits.

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

## Attaques de panique

Ce sont des périodes bien limitées de crainte ou de malaise intense survenant de façon brutale, inattendue. On observe des palpitations, des tremblements, des vertiges, des sensations d'étouffement, une peur de devenir fou ou de perdre connaissance. Elles surviennent le plus souvent sans facteur déclenchant. La durée des crises est brève et l'évolution spontanément résolutive. La symptomatologie est spectaculaire, inquiétante pour le patient comme pour son entourage, mais pourtant sans gravité.

La répétition de ces crises anxieuses paroxystiques peut induire une anxiété anticipatoire à l'idée de faire de nouvelles crises. De la même façon, il est possible que le patient évite des lieux ou des situations qu'il associe à la survenue des crises, ou des endroits dont il lui serait difficile de partir rapidement s'il était confronté à une attaque de panique. L'association attaque de panique-anxiété anticipatoire-évitements constitue un trouble panique et a une incidence de 2 % en population générale.

L'origine du mot panique vient de l'épouvante que provoquait l'apparition du dieu Pan. La mythologie grecque décrit l'aspect repoussant de cette divinité mi-homme mi-bouc recouvert de poils noirs. Il avait pour habitude de se cacher dans les buissons et de survenir à l'improviste, terrorisant les nymphes qu'il poursuivait. Ce dieu lubrique n'était pas dénué de qualités : il protégeait les troupeaux et mélomane, il inventa la syrinx (la flûte de Pan).

## Trouble anxieux généralisé

C'est un trouble d'évolution chronique qui touche 5 % de la population, avec une prépondérance féminine marquée. Il est caractérisé par une inquiétude permanente, durable et incontrôlable. Ces soucis touchent au minimum deux domaines différents : le travail, la famille, la santé, le risque d'accident, les relations interpersonnelles, les problèmes matériels, etc. Ce trouble se caractérise par des signes d'agitation et de tension intérieure. Cliniquement, on retrouve une irritabilité, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration. On met aussi en évidence des signes physiques : céphalées, contractures musculaires, troubles digestifs, paresthésies, vertiges, etc.

## État de stress post-traumatique

Il survient après avoir été exposé à un événement particulièrement traumatisant qui a provoqué une peur intense et prolongée. À distance de cet événement se constitue un tableau clinique associant anxiété massive, anesthésie émotionnelle et flash-backs. Il existe aussi des troubles du sommeil avec en particulier des cauchemars remettant en scène l'événement traumatisant. Les situations qui pourraient rappeler la situation sont évitées. Initialement décrit chez des militaires, ce diagnostic

nécessite d'avoir été exposé à un événement extrême pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort, de blessure grave, ou représenter des menaces sur son intégrité physique pour soi ou son entourage. Ce trouble fréquent est souvent non soigné et perturbe considérablement la vie professionnelle.

La prévention par une prise en charge précoce, dès le dénouement du traumatisme – le *defusing* – ou dans les jours qui suivent – le *débriefing* psychologique –, est désormais remise en cause. Son efficacité n'a pas été démontrée et ce type d'intervention pourrait même avoir un effet délétère.

### Phobie sociale

C'est une peur intense liée au regard et au jugement d'autrui. Elle s'accompagne d'un sentiment de honte. Son expression symptomatique est variée. Exprimer un refus, défendre son point de vue, communiquer ses sentiments ou faire une demande est presque impossible. D'autres fois, on observe une peur de rougir, des difficultés à manger ou à boire en public, une crainte de mettre son interlocuteur mal à l'aise. Ce déficit dans les compétences relationnelles provoque une souffrance marquée. Une phobie sociale peut être une cause de dépression par manque de renforcement positif. Elle amène à refuser les activités de groupe, les sorties et les invitations à dîner, d'où un risque d'isolement important. La vie professionnelle est fortement obérée. Il est habituel de voir des patients phobiques sociaux refuser une promotion pour ne pas assumer de responsabilités managériales ou pour éviter des prises de parole en public.

### Agoraphobie

C'est la peur de se retrouver dans une situation dont il serait difficile de s'échapper ou dans laquelle il serait difficile d'être secouru en cas de problème. Elle est sous-tendue par l'appréhension d'être victime d'un malaise. Cette agoraphobie entraîne de nombreux évitements : grands magasins, cinémas, transports en commun, foules, etc. Dans les formes les plus sévères, le patient est confiné chez lui, la moindre sortie provoquant une anxiété massive. Ce trouble est fréquemment associé aux attaques de panique.

## Fibromyalgie

C'est une maladie à la fois fréquente et dont la réalité même de son existence est objet de controverses. On la définit comme un syndrome polyalgique d'évolution chronique, d'origine non expliquée et qui toucherait près de 5 % de la population. On retrouve fréquemment de l'anxiété, des troubles du sommeil et une humeur dépressive associée. La fibromyalgie étant une cause fréquente d'arrêts de maladie et d'invalidité, son coût social est majeur.

Il est parfois difficile de distinguer cette maladie d'une authentique dépression, ce d'autant plus que la comorbidité est fréquente.

## Apnées du sommeil

L'obstruction des voies aériennes supérieures pendant le sommeil provoque des pauses respiratoires ou des hypopnées. Les répercussions diurnes sont importantes : fatigue, anxiété, irritabilité, baisse de la libido, un tableau clinique pouvant évoquer une dépression. Il faut y penser en cas de somnolence diurne. Un enregistrement polysomnographique du sommeil permet de trancher.

# 5 La dépression professionnelle

L'environnement professionnel a considérablement évolué ces dernières années, provoquant des transformations importantes du travail et de l'emploi. Nous avons évolué vers une économie de services plus que de production où les compétences demandées sont nombreuses. Il faut savoir communiquer et gérer de multiples tâches. Cela implique un savoir-faire sur les plans cognitifs, relationnels et émotionnels. Mais, surtout, le travail est devenu un vecteur d'accomplissement personnel. La principale crainte est désormais de ne pas y arriver, d'être incompétent. Notre société qui prône comme valeur suprême l'autonomie enchevêtre cette peur aussi bien dans l'entreprise que dans la sphère personnelle. Ce sentiment d'incompétence est désormais à la base des effondrements dépressifs en lieu et place de la culpabilité qui était omniprésente au siècle dernier (Ehrenberg, 1998). Indéniablement, le déprimé d'aujourd'hui n'est plus préoccupé par la culpabilité, qu'elle soit judéo-chrétienne ou façonnée par la morale bourgeoise du XIX$^{e}$ siècle. Il est en revanche terrorisé par l'ampleur de ses insuffisances, l'énormité de la tâche à accomplir et son incapacité à s'adapter à l'évolution du monde.

Dans le même temps, l'accès à l'emploi s'est raréfié. Nous traversons une période de chômage de masse où chacun s'interroge sur la pérennité de son poste et sur ses chances de trouver un travail. Le sentiment de précarité, réel ou ressenti, s'amplifie, alors même que travailler est devenu un facteur normatif indispensable à une bonne socialisation.

Les Français, et c'est une spécificité hexagonale, ont un rapport très affectif au travail. Ils sont attachés à sa qualité et à ce qu'il représente en termes d'utilité, de lien social mais aussi de réalisation de soi. D'aucune façon, alors que la quantité de travail disponible diminue, les Français n'envisagent une société future plus axée sur des activités sociales ou de loisir. Bien au contraire, ils souhaitent dans leur très grande majorité que leurs enfants aient un métier épanouissant comme s'il n'était pas envisageable de se réaliser d'une autre façon. Dominique Méda (2010), qui dirige le Centre d'étude de l'emploi, souligne pourtant, comme de nombreux sociologues, la nécessité de réduire le temps de travail non seulement pour un meilleur partage de l'emploi mais aussi pour définir de nouveaux modes de sociabilité. Cela serait potentiellement porteur d'un plus grand bien-être social.

## Sémiologie

La sémiologie de la dépression professionnelle n'est pas très différente de l'expression clinique classique. On retrouve les éléments diagnostiques habituels : douleur morale, anhédonie, insomnie. Certains signes sont cependant plus spécifiques et doivent alerter en milieu professionnel

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

(Raffaitin et Raffaitin-Bodin, 2008). Les retards qui deviennent plus fréquents, les congés maladie à répétition, la prédisposition aux accidents du travail nécessitent de s'interroger. Une baisse de productivité, la difficulté à prendre des décisions, l'apparition de troubles de la concentration, une perte de fiabilité ou une augmentation des erreurs sont plus facilement évocateurs pour le clinicien d'un trouble de l'humeur. Des modifications du caractère, une alcoolisation ou le recours à des toxiques doivent aussi faire penser à un problème thymique. La symptomatologie doit être recentrée sur les notions de fatigue et de douleur en lieu et place des termes de plainte et de paresse souvent mis en avant.

## Conditions de travail

Les dépressions sont en grande partie liées à la souffrance au travail secondaire à la dégradation réelle ou ressentie des conditions de travail. Les études effectuées en médecine du travail pointent de nombreuses difficultés que nous pouvons regrouper en quatre catégories (www.sistepaca.org) :

- **liées aux conditions de travail :** les surcharges, ou paradoxalement les sous-charges, de travail ; les problèmes de qualification ; l'exécution de tâches monotones, routinières, répétitives ; les mutations non sollicitées et les changements de poste ; les mauvaises conditions de travail ou de sécurité ; la confrontation à un public en souffrance ou en situation de précarité ;
- **liées aux facteurs relationnels :** agressions verbales ; conflits, mésentente professionnelle ; absence de reconnaissance de la qualité du travail effectué ; isolement ; problèmes éthiques et de valeurs ;
- **liées aux méthodes de gestion du personnel :** évaluation personnalisée, notation ; absence d'autonomie ou de latitudes décisionnelles ; objectifs intenables, cadences infernales, culte du juste à temps ; déficit d'expression ou de dialogue ; précarité de l'emploi, restructurations ;
- **liées aux dirigeants :** management humiliant, blessant, agressif ou stressant ; injonctions paradoxales. (Ces problèmes sont le plus souvent dus à des troubles de la personnalité des managers.)

## Stress

Ces données sont classiques et confirment les modèles de compréhension du stress au travail. Dès les années 1980, Johannes Siegrist avait proposé un paradigme, dit modèle du déséquilibre effort/récompense, fondé sur la nécessité d'une reconnaissance matérielle et symbolique de l'effort fourni (Siegrist, 1996). Le niveau de stress est dépendant du travail, mais aussi de ce qui est reçu en retour. Les récompenses peuvent être de trois sortes : des gains monétaires, l'estime reçue de la part des collègues et le degré de contrôle sur son statut professionnel.

Pour l'énoncer de façon plus scientifique, l'évaluation de l'effort fourni et de la charge de travail est dépendante des contingences de renforcement reçues en retour ; le niveau de stress ressenti en découle directement.

Les politiques salariales des entreprises sont fondées sur ce principe. Les cadres perçoivent des augmentations ou des bonus censés récompenser la performance individuelle et collective. Les non-cadres reçoivent une augmentation en fonction de la progression de leur niveau de responsabilité et de leur performance individuelle. Chaque entreprise a sa culture dans ce domaine mais tente de montrer un lien fort entre résultats et avantages obtenus.

Robert Karasek (1992) s'est intéressé au contrôle et à la marge de manœuvre laissé au salarié. Le niveau de stress ressenti est plus faible quand la personne considère qu'elle peut s'organiser et gérer sa charge de travail de façon autonome. Aussi, la capacité décisionnelle atténue la difficulté. Cela permet de comprendre pourquoi certains métiers jugés faciles – gardien de musée, hôtesse d'accueil – provoquent d'importantes réactions de stress alors que certains dirigeants surchargés et devant assumer de fortes responsabilités semblent protégés de ce mal. Les différentes possibilités sont résumées dans le tableau 5.1.

On a ajouté dans un second temps à ce modèle, appelé *job strain* dans la littérature scientifique, l'évaluation du soutien social dont bénéficie la personne, que ce soit au sein de l'entreprise ou dans sa vie personnelle. Une personne bien insérée dans son groupe professionnel, qui se reconnaît dans les valeurs de l'entreprise, qui bénéficie d'un système de solidarité, qui partage des activités avec ses collègues, sera moins exposée aux effets néfastes du stress. L'évolution actuelle du monde du travail, de plus en plus individuel et dépourvu de solidarité, est incontestablement un facteur péjoratif (Dejours, 2010).

Ces travaux corroborent les modèles explicatifs de la dépression de Lewinshon (la diminution des renforcements positifs) et de Seligman (l'impuissance apprise) que nous avons exposés précédemment.

Des études cliniques toutes récentes soulignent la corrélation entre risque dépressif et heures supplémentaires. Une équipe anglaise a suivi, de façon prospective pendant 5 ans, une cohorte de plus de 2 000 patients. Le risque de dépression était deux fois et demie plus élevé chez des personnes travaillant 12 heures par jour comparativement à ceux travaillant 8 heures par jour (Virtanen et al., 2012). Une étude suédoise (Kleppa et al., 2008) évoquait même une relation de type dose/réponse entre le nombre d'heures supplémentaires et le risque dépressif. À une période où on se soucie enfin des risques en termes de sécurité et de santé des trop longues périodes de travail, il est temps d'intégrer les troubles anxieux et dépressifs dans cette réflexion.

Individualiser l'existence de dépression spécifiquement liée au travail permettra de plus aux patients de restaurer leur confiance en soi, leur

**Tableau 5.1**
**Modèle de Karasek**

| | Charge de travail forte | Charge de travail faible |
|---|---|---|
| Autonomie importante | Absence de stress | Absence de stress |
| Autonomie faible | Stress important | Stress |

estime de soi. La constitution du rapport à soi est indissociable du rapport à autrui (Honneth, 2000). Le déni de reconnaissance provoque des sentiments de mépris et d'humiliation. Il faut désormais que les troubles de l'humeur survenant au travail permettent d'obtenir une reconnaissance affective mais aussi sociale et, si nécessaire, juridique. Notre expérience de clinicien, mais surtout de thérapeute, nous montre tous les jours l'absolue nécessité de cette triple reconnaissance pour que les patients puissent se reconstruire et guérir.

## Limites de la dépression professionnelle

Il existe néanmoins deux écueils qui doivent faire relativiser cette notion de dépression provoquée par le travail. La dépression est une maladie fréquente, et de nombreux cas surviennent sans que l'on puisse retrouver un rapport compréhensible avec l'ensemble de l'expérience du sujet (Widlocher, 1995). Lorsqu'un patient souffre de dépression, il est tentant de rechercher son origine dans les événements de vie récents. Une situation professionnelle tendue et des facteurs de stress sont vite considérés comme la cause de la maladie. Cette tendance culturellement forte d'attribution des problèmes psychiatriques à l'environnement professionnel n'est pas forcément évidente. La dépression peut être la raison des difficultés et non pas sa conséquence. La symptomatologie dépressive obère fortement la capacité de travail et peut induire des difficultés professionnelles. Le patient peut aussi juger sa situation périlleuse, en raison de sa lecture des événements modifiée par les idées noires, sans que le moindre problème existe. Ce qui est certain, c'est qu'une dépression se répercute forcément sur l'exercice de sa profession mais n'est pas toujours, loin s'en faut, d'origine professionnelle. Seule une étude sémiologique précise associée à une analyse fonctionnelle permet de différencier ces deux situations.

### *Cas clinique*

Souhail, brillant ingénieur âgé de 39 ans, dirigeait une usine agro-alimentaire. Il nous avait été adressé pour apprendre à gérer son stress. En effet, la situation de son entreprise était périlleuse – résultats en baisse, ambiance sociale délétère, remise en cause de la pérennité du site industriel. Cet environnement professionnel difficile semblait expliquer son humeur maussade et la tension qu'il ressentait. Il passait des heures dans l'entreprise pour tenter de redresser la situation. Nous avions été frappés d'emblée par le ralentissement psychomoteur et l'anhédonie. Un traitement antidépresseur a rapidement amélioré son état. Une fois l'humeur redressée, sa vision de la situation a été bien différente : si son entreprise traversait effectivement une période délicate, elle restait solide. Le climat social était favorable et c'était uniquement les cognitions dépressives qui avaient amené Souhail à cette vision sombre de son travail. La restauration de ses capacités cognitive lui a permis de prendre les bonnes décisions et de remettre facilement sa société sur la bonne voie.

Cette distinction pourrait sembler à première vue inutile. Avoir une cause à la dépression ne devrait modifier ni son évolution ni la nécessité de traiter. En pratique, on observe que de nombreux médecins ne soignent pas leurs patients de la même façon quand ils mettent en évidence une bonne raison d'être déprimés. Pour Souhail, son médecin traitant avait diagnostiqué une dépression mais ne jugeait pas nécessaire de recourir à un traitement pharmacologique puisqu'il existait objectivement des motifs bien compréhensibles à son état.

Dans ces cas, le recours aux antidépresseurs est souvent refusé ou retardé. La prise en charge des troubles psychologiques en France reste trop souvent obnubilée par le traitement du pourquoi, négligeant le soulagement des conséquences. Cela est pourtant surprenant : refuse-t-on de soigner un infarctus chez le patient hypercholestérolémique ou un cancer du poumon chez le fumeur ?

Par ailleurs, dans cette maladie, l'estime de soi est ébranlée, il existe des troubles du jugement et des pensées négatives, la vision de la situation n'est pas objective et le patient peut prendre des décisions préjudiciables pour lui comme pour son entourage. Combien de démissions ou de changements de poste ont été provoqués par un trouble de l'humeur ? Souvent, les conseils des avocats, des amis ou des cadres syndicaux sont inadaptés en raison de la présentation péjorative de la situation. Une dépression provoque toujours une grande souffrance et des biais d'attribution. Ainsi, un vécu de harcèlement est parfois uniquement secondaire à un trouble de l'humeur.

## Une règle d'or

**Ne pas prendre de décision importante si on souffre de dépression, du fait des troubles du jugement, de la vision négative de soi, de l'environnement et de l'avenir qui sous-tendent cette maladie. La culpabilité et le manque d'énergie ne permettent pas l'objectivité.**

**En cas de conflit, les avocats ne sont pas préparés à recevoir des patients déprimés. Ils risquent de mal les conseiller en se laissant abuser par la vision péjorative de la situation brossée par leur client.**

# 6 Le risque suicidaire

Les idées noires et l'envie de se suicider font partie de la sémiologie de la dépression, l'attrait pour la mort étant inhérent à cette maladie. Le suicide est, d'après l'étude CépiDc de l'Inserm, responsable d'environ 12 000 décès chaque année. C'est la première cause de mortalité chez les 25-34 ans. Le nombre de tentatives de suicide non abouties est près de vingt fois supérieur – on parle classiquement de 200 000 tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins –, mais cette estimation est imprécise en l'absence de déclaration systématique (DREES, 2006). Ces chiffres placent la France dans la moyenne haute du risque d'autolyse au sein des pays européen et fait de la prévention de ce fléau une priorité de santé publique. Les suicides au travail deviennent de plus en plus courants. Aucune donnée épidémiologique fiable n'est disponible, ce qui interdit d'appréhender l'ampleur réelle du phénomène. En particulier, au-delà des polémiques, une question reste sans réponse : l'incidence des suicides en entreprise est-il supérieur au chiffre attendu en population générale ? Ainsi, pour de nombreux épidémiologistes, la vague de suicides à La Poste, dont les médias se sont saisis, correspond peu ou prou à la fréquence des autolyses en France. Ce qui est nouveau, c'est que ces suicides se déroulent sur le lieu de travail : il est donc difficile de ne pas chercher un sens à cette évolution.

Le Programme national d'action contre le suicide 2011-2014 (PNAS) insiste sur les risques suicidaires en milieu professionnel, en particulier lors de restructuration d'entreprises. Il souligne aussi la nécessaire formation en milieu de travail à la prévention des risques psychosociaux.

La totalité des suicides n'est pas liée à la dépression mais la majorité des auteurs s'accordent pour admettre que 60 à 70 % des suicides sont liés à un trouble de l'humeur. Ce qui revient à dire que, chaque année, 8 000 personnes meurent d'une maladie que nous savons soigner et guérir. Pour fixer un ordre de grandeur, c'est deux fois plus de victimes que les accidents de la route.

Nul n'est à l'abri, tel l'ancien Premier ministre Pierre Bérégovoy qui s'est suicidé d'une balle dans la tête le 1er mai 2003 à l'issue de ce qui était, manifestement, une dépression professionnelle, maladie pour laquelle il n'était apparemment pas soigné. Probablement le diagnostic n'avait-il même pas été envisagé. Le déni de cette maladie est tel que les médias de l'époque ont été plus préoccupés par l'hypothèse rocambolesque d'un assassinat que par celle d'un trouble de l'humeur. Les circonstances de son décès et l'acharnement dont il avait été la victime préalablement semblaient pourtant hautement évocateurs.

## Facteurs de risque

Les préoccupations suicidaires chez le patient déprimé sont avant tout liées à une conceptualisation erronée de la situation actuelle (Beck, 2010). Il juge les circonstances intenables, désespérées, il ne voit pas de solution

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

à ses problèmes. Le patient est désespéré et la mort devient la seule solution envisageable pour se soustraire à un avenir qu'il juge catastrophique. Il considère que sa disparition soulagera sa famille, ses amis et ses collègues.

Les phrases que nous entendons le plus souvent sont :

- « Je n'ai rien à attendre de l'avenir » ;
- « Je suis une charge pour mon entourage, ma disparition sera un soulagement » ;
- « Je suis si malheureux que c'est la seule solution » ;
- « À quoi ça sert d'essayer, je n'y arrive pas ».

En plus de ces idées noires lancinantes, nous pouvons être confrontés à des périodes de crise majeure où le risque d'autolyse est particulièrement élevé. C'est ce qui est appelé une crise suicidaire. La conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé (2000) la définit ainsi : « Un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. Elle va du sentiment péjoratif d'échec à l'impossibilité d'échapper à la situation avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes. » C'est une période de crise où le sentiment d'échec et d'impuissance est marqué. Le patient honteux, habité d'un fort sentiment de culpabilité, n'envisage plus d'autre solution que de mettre fin à ses jours pour sortir de sa souffrance. Il a l'impression que rien ne pourra le soulager et que sa mort sera une délivrance pour ses proches. Cette impossibilité d'envisager des solutions alternatives est directement liée aux troubles cognitifs de la dépression comme le ralentissement psychomoteur, les difficultés de concentration et les erreurs de traitement de l'information. Cette crise est réversible et temporaire. Elle peut durer plusieurs semaines et nécessite une prise en charge spécialisée rapide.

La sémiologie de ces crises associe des signes de souffrance psychique – le visage est fermé, inexpressif ; le discours exprime le cynisme, le désespoir, le goût du morbide ; au travail, le patient est désabusé, il ne supporte plus sa hiérarchie, perd ses valeurs, se désinvestit, et les absences et les arrêts de maladie deviennent fréquents.

Le discours exprime de façon directe sa volonté d'en finir : « Je veux mourir », « Ma vie n'a plus de sens ». L'expression peut aussi être indirecte : mise en ordre de ses papiers, contact avec le notaire, rapporter ses affaires du bureau, volonté de retrouver des proches déjà disparus. La reprise de relations avec d'anciens collègues ou des amis perdus de vue afin de leur dire au revoir est inquiétante. De façon similaire, nous avons déjà été confrontés à d'anciens patients, perdus de vue depuis longtemps, qui nous téléphonaient pour nous remercier de nos bons soins.

En outre, une amélioration subite, inattendue et sans traitement spécifique est souvent péjorative. Elle signe le soulagement lié à la prise de décision d'en finir.

On distingue trois types de facteur de risque :

- facteurs primaires : troubles psychiatriques (en particulier la dépression), addiction, antécédents personnels ou familiaux de suicide, impulsivité ;
- facteurs secondaires : pertes parentales précoces, isolement social, difficultés financières et professionnelles, chômage, événements de vie stressants ;
- facteurs tertiaires : sexe masculin, âge.

Il faut souligner que le suicide est un comportement complexe d'origine multifactorielle, sans stricte causalité. Seuls les facteurs primaires ont une valeur d'alerte, les facteurs secondaires sans facteur primaire n'ayant pas de qualité prédictive. Quant aux facteurs tertiaires, ils sont simplement épidémiologiques.

Il existe des questionnaires standardisés de dépistage du risque suicidaire. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire validée par Jean-Luc Ducher est d'emploi simple (tableau 6.1). C'est une échelle monothématique validée qui permet l'évaluation rapide du risque suicidaire d'un patient. Il s'agit d'une échelle à lecture directe. On cote seulement le score le plus élevé et il est inutile de rechercher l'existence des niveaux inférieurs. En revanche, il faut toujours vérifier l'absence ou la présence des niveaux supérieurs.

- **Niveau 0 :** absence de toute idée de mort ou de suicide.
- **Niveaux 1-2 :** présence d'idées de mort, mais pas de suicide.
- **Niveaux 3-4-5 :** présence d'idées de suicide : rares-fréquentes-très fréquentes. *Attention :* lorsqu'on demande à un patient s'il a des idées de suicide, il répond souvent non, alors qu'il en a. La raison en est simple : ce n'est pas qu'il veuille tromper le thérapeute, mais il pense qu'on lui

**Tableau 6.1**
**Échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher (RSD) (Ducher et al., 2009)**

| | | |
|---|---|---|
| 0 | PAS D'IDÉES DE MORT | Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement |
| 1 | | Pense plus à la mort qu'habituellement |
| 2 | IDÉES DE MORT | Pense souvent à la mort |
| 3 | | A quelques idées de suicide |
| 4 | IDÉES DE SUICIDE | A assez souvent des idées de suicide |
| 5 | | Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister |
| 6 | DÉSIR PASSIF DE MOURIR | Désire mourir ou plutôt être mort |
| 7 | a – Lien fort<br>b – Lien faible | Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher, etc.) |
| 8 | VOLONTÉ ACTIVE DE MOURIR | Veut mettre fin à ses jours |
| 9 | a – Projet défini à long terme<br>b – Projet défini à court terme | Sait comment il veut mettre fin à ses jours |
| 10 | DÉBUT DE PASSAGE À L'ACTE | A déjà préparé son suicide ou a commencé de passer à l'acte |

demande s'il se sent prêt à commettre un tel acte et non simplement s'il a des idées suicidaires. Il faut donc toujours valider une réponse négative en reformulant la question autrement.

- **Niveau 6 :** désir passif de mourir. Le patient n'est pas dans une démarche active de passage à l'acte, mais il souhaiterait avoir une maladie, un accident ou autre chose afin de ne plus exister. Le niveau 6 doit être recherché systématiquement chez un dépressif, même s'il n'exprime pas d'idées suicidaires. Inutile de le rechercher si on a déjà une RSD à 7.
- **Niveaux 7 à 10 : risque suicidaire aggravé.**
  - **Niveau 7 :** le patient passerait à l'acte s'il n'avait pas quelque chose ou quelqu'un qui le retienne encore à la vie. Les niveaux 7a et 7b permettent de coter la qualité du lien, par exemple la peur de faire souffrir un proche. Si le lien est de bonne qualité (par exemple s'entend bien avec ce proche), on cote RSD 7a, sinon RSD 7b.
  - **Niveau 8 :** volonté active de mourir. Le patient a pris la décision de mettre fin à ses jours, mais il n'a pas encore établi un plan pour la réalisation de son acte.
  - **Niveau 9 :** évaluation de l'urgence suicidaire. Le patient a décidé de mettre fin à ses jours et a un plan pour passer à l'acte. Les niveaux 9a et 9b permettent de coter l'urgence suicidaire. Si le patient a décidé de passer à l'acte, sait comment il va le faire, mais reporte encore la date de cette réalisation, on cote RSD 9a. Si le projet est prévu à court terme, on cote RSD 9b.
  - **Niveau 10 :** le patient a commencé à préparer ou à réaliser son acte. Sa décision est prise et il est dans la phase active de la réalisation de son geste.

Face à ces patients, il faut adopter une position chaleureuse et empathique tout en restant ferme sur la nécessité du recours aux soins. L'entretien doit aborder les idées noires et l'idéation suicidaire. Il faut interroger le patient sur sa détermination à mourir, sur son plan suicidaire, sur les moyens retenus, sur le lieu choisi et le moment prévu. Il est important d'évaluer les facteurs aggravants – situation professionnelle difficile, plan social, harcèlement, violence, chômage, surcharge de travail, etc. – et de rechercher les facteurs de risque – alcool, addictions, solitude, etc.

## Une idée fausse

**L'idée que quelqu'un qui parle de suicide ne le fera pas reste répandue mais est totalement erronée. C'est le contraire : toutes les études montrent que les patients suicidaires ont évoqué ce problème avec leur entourage ou leur médecin dans les jours qui ont précédé le passage à l'acte.**

**De façon similaire, parler de la volonté de mourir avec un patient déprimé n'augmente pas le risque suicidaire. Bien au contraire, cela permet de montrer au patient que l'on comprend sa douleur, favorise l'alliance thérapeutique, contribue à rompre l'isolement et permet d'initier la recherche de solutions alternatives.**

## Place de l'entreprise

Le suicide au travail ou même la tentative de suicide non aboutie constituent à la fois une urgence pour l'entreprise et un signal d'alarme fort sur le malaise ressenti par les salariés et l'état du climat social. La survenue dans une organisation similaire représente aussi un danger. En effet, les phénomènes de contagion liée à une levée d'inhibition sont fréquents dans les crises suicidaires. Un employé en difficulté passera plus facilement à l'acte, par phénomène de facilitation, s'il a l'exemple d'un suicide chez un de ses collègues ou chez une personne dont il considère la situation professionnelle comme identique à la sienne.

Les sociologues décrivent classiquement le risque de la médiatisation d'un suicide. Les personnes qui envisageaient le suicide comme une solution parmi d'autres à une série de problèmes voient soudain ce choix légitimé par son usage par autrui. On utilise souvent, pour qualifier les vagues d'autolyse après le suicide d'une personnalité médiatique, l'expression effet Werther.

### L'effet Werther

**En 1744, Goethe publie son premier roman : *Les Souffrances du jeune Werther*. Un jeune étudiant, Werther, tombe éperdument amoureux d'une jeune fille, Charlotte. Cependant, cette dernière reste fidèle à son fiancé. Werther, éconduit, désespéré, ne trouvant aucun secours, met fin à ses tourments en se tirant une balle dans la tête.**

**Ce livre entraîna une vague de suicide sans précédent en Europe, et fut pour cette raison interdit à la vente pendant plusieurs mois en Allemagne.**

## Mesures à prendre au sein de l'entreprise

Au sein de l'entreprise, une communication interne, immédiate et adaptée est indispensable. Elle doit d'emblée souligner la gravité de l'événement – même s'il ne s'agit que d'une tentative non aboutie – et envisager la place éventuelle du travail dans ses facteurs déclenchants. Quelles que soient les raisons du geste, le rôle du travail ne peut pas être exclu d'emblée. Le suicide dans les locaux de l'entreprise représente un signal fort de malaise vis-à-vis de la vie professionnelle et il doit être assumé. Il faut accepter d'évaluer cette question. La direction doit affirmer sa volonté d'identifier les facteurs professionnels liés à cet acte et de modifier les conditions de travail ou le mode de management si nécessaire. Les autres employés en souffrance dans l'entreprise doivent comprendre que la situation va évoluer et que des solutions vont être mises en place rapidement.

Un soutien psychologique sera mis en place au plus vite, sur la base du volontariat, pour les proches de la victime. Cette aide psychologique,

nécessairement extérieure à l'organisation, sera proposée à l'ensemble des salariés. Elle permettra une verbalisation de l'événement et du ressenti lié à l'entreprise. Elle offrira aussi l'opportunité de dépister les personnes en difficulté et de les orienter vers les professionnels de santé ou les structures de soins adaptés. De nombreux cabinets spécialisés sont à même de proposer cette prise en charge dans des délais courts et c'est normalement le médecin du travail qui prendra contact avec eux. La solution mise en place doit être pérenne, visible, identifiable par tous et montrer l'implication de l'entreprise. Les « tickets psy » ou les numéros verts sont une mauvaise idée, préjudiciable à moyen terme et souvent vécue par les salariées comme une réponse cosmétique.

## Législation

Idéalement, une déclaration en accident du travail devrait être effectuée. L'article L.411-1 du Code de la Sécurité sociale prévoit que : « Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. » La loi pose une présomption d'imputabilité pour tout accident dont est victime un salarié par le fait ou à l'occasion du travail. Il existe encore de nombreuses réticences, à tous les niveaux, pour obtenir cette reconnaissance. Pourtant, la jurisprudence est désormais parfaitement claire : le suicide, ou la tentative de suicide, survenu sur le lieu du travail conduit à l'application de la présomption d'imputabilité (arrêt de la chambre civile du 14 mars 2007). C'est donc à l'employeur d'apporter la preuve que le suicide a une origine totalement étrangère au travail. Cette reconnaissance est importante en raison de la législation protectrice qui y est rattachée. Si l'entreprise refuse de réaliser les démarches, il est indispensable de saisir les représentants du personnel.

Si le geste suicidaire est effectué au domicile, il peut néanmoins être reconnu comme accident du travail (arrêt de la chambre civile du 22 février 2007). Les conditions sont plus restrictives et c'est au salarié ou à ses ayants droit d'établir la causalité entre l'accident et ses conditions d'emploi. Cette démarche est difficile et nécessite une action judiciaire pour établir que le suicide est survenu du fait du travail.

C'est la caisse primaire d'Assurance maladie qui accorde la reconnaissance d'accident du travail en se fondant sur une enquête administrative et sur l'avis du médecin conseil. C'est ce dernier qui pourra éventuellement établir que les éléments médicaux en sa possession permettent d'affirmer que le travail n'a été en rien à l'origine, même partielle, du suicide. Il doit alors pouvoir préciser les causes non professionnelles à l'origine du sinistre.

Entre janvier 2008 et juin 2009, 72 dossiers de suicides sur le lieu de travail ont été adressés à la caisse d'Assurance maladie. Moins de 40 % ont été reconnus comme accident du travail. Ces suicides concernaient

principalement des hommes, et toutes les catégories socioprofessionnelles étaient touchées, du cadre dirigeant au manœuvre.

Dans un deuxième temps, le Code du travail impose d'entamer une démarche de prévention. L'article 230-2 prévoit une évaluation des risques psychosociaux et la recherche de solutions. Là aussi, le recours à une entreprise spécialisée est nécessaire pour faire l'état des lieux et proposer des changements. Les propositions peuvent inclure des formations, des modifications du style de management, des aménagements des horaires de travail, une réflexion sur le cadre professionnel et les nuisances, un audit des perspectives de carrière, etc.

## Autopsies psychologiques

Certaines entreprises refusent d'admettre leur responsabilité face à ces suicides. Elles cherchent par tous les moyens à se dédouaner. Elles ont alors souvent recours à des autopsies psychologiques, c'est-à-dire, pour reprendre la définition de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), un recueil minutieux des données susceptibles de reconstituer les circonstances psychologiques, sociales et médicales d'un individu qui s'est donné la mort et ainsi de mieux comprendre les circonstances entourant son décès. La collecte des informations est fondée sur des entretiens avec la famille, les amis et les collègues. Cette façon de faire est, à notre sens, scandaleuse. Le plus surprenant est que la justice soit parfois tentée d'en tenir compte pour motiver ses décisions dans les situations délicates.

Indéfendable au niveau humain, reniant toute forme d'empathie, une autopsie psychologique est de plus une catastrophe pour l'image de l'entreprise. Elle ne peut que majorer le sentiment de détresse des employés, augmenter le malaise social et accentuer les clivages. L'Ordre des médecins s'interroge d'ailleurs sur l'aspect déontologique de cette pratique qui ne présente d'intérêt que dans le cadre d'un protocole de recherche.

## Préconisations de l'OMS

Le risque de suicide au travail est devenu suffisamment alarmant pour que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) édicte des recommandations. Ce risque touche toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, de la PME à la multinationale. Le problème existe aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Ainsi, les salariés chinois ont payé un lourd tribut ces dernières années à l'industrialisation à marche forcée de leur pays et à l'instauration d'un capitalisme sauvage.

Voici les recommandations de l'OMS :

- Préventivement :
  - créer une culture d'ensemble pour la santé au travail ;
  - apprendre à détecter les signes annonciateurs ;

– améliorer le soutien managérial ;
– favoriser le soutien des collègues.

- En cas de suicide :
  – neutraliser la zone du décès et appeler immédiatement les responsables locaux, les services d'urgence, la police, etc. ;
  – communiquer vers les collègues de façon transparente et honnête sur les circonstances de la mort sans nécessairement s'appesantir sur les détails ;
  – donner une information détaillée à tous sur le suicide en général et ses facteurs de risque ;
  – rendre un hommage approprié au défunt ;
  – s'assurer que les collègues du défunt gèrent correctement leur peine et leurs émotions ;
  – identifier et transmettre la liste des personnes considérées comme les plus vulnérables et pouvant nécessiter un accompagnement professionnel à travers un programme d'aide adapté, pour limiter le risque de « contagion » ;
  – analyser les facteurs organisationnels et managériaux qui ont pu contribuer à la survenue du drame, et proposer des mesures de changement dans ce domaine ;
  – intégrer ces informations pour enrichir le programme de prévention des risques et de promotion de la santé.

## Conclusion

Quelles que soient les raisons qui ont sous-tendu le passage à l'acte, le lien aussi ténu soit-il avec le travail oblige à l'action. Le plus souvent, les intrications entre vie professionnelle et vie privée sont impossibles à désenchevêtrer.

Le bouleversement affectif pour les collègues est important, et ses effets se feront ressentir sur une longue période. Les proches de la victime doivent être accompagnées, tout comme l'encadrement, les représentants du personnel et les membres du CHSCT qui sont forcément interpellés par ce geste. Il ne faudra pas non plus négliger les dirigeants de l'entreprise qui sont souvent dans une situation émotionnelle difficile. Le médecin du travail risque également de souffrir, se reprochant de ne pas avoir posé le diagnostic ou de ne pas être intervenu à temps.

Le but n'est ni de nier ce suicide, ni de l'exploiter, mais bien de restaurer la confiance, d'améliorer les conditions de travail et de prendre en compte les difficultés des uns et des autres. Ces changements doivent être visibles et compréhensibles par tous ; il faudra informer l'ensemble des salariés des modifications prévues. C'est à ces conditions que l'entreprise pourra surmonter ce drame et empêcher tout risque de contagion. Cette action doit forcément se situer dans la durée.

## Liste des téléphones et adresses utiles

**Association France Dépression**

Association française contre la dépression et la maladie maniaco-dépressive, elle soutient les personnes déprimées et leur entourage : groupes de parole, permanence téléphonique, conférences, activités conviviales, etc. Ses membres sont des personnes confrontées à la maladie : patients, parents, amis ou professionnels de la santé (médecins, psychologues, assistantes sociales, infirmiers, etc.).

Plusieurs associations régionales existent.

www.france-depression.org

**Unafam (Union nationale des amis et familles de malades psychiques)**

Les bénévoles des 97 sections départementales accueillent, soutiennent les familles et défendent leurs droits. L'Unafam organise des formations afin d'aider les proches confrontés à la maladie psychique. Des réunions, groupes de parole, conférences-débats, congrès, ainsi qu'une revue et des brochures, participent à cette mission de formation et d'information à laquelle des spécialistes – psychiatres, psychologues, juristes et assistantes sociales – apportent leur concours.

Les coordonnées des sections départementales sont disponibles au 01 53 06 30 43 et sur le site web : www.unafam.org.

**S.O.S Amitié**

S.O.S Amitié offre à tous ceux qui choisissent d'appeler la possibilité de mettre des mots sur leur souffrance et, ainsi, de prendre le recul nécessaire pour retrouver le goût de vivre.

Les numéros de chaque région sont disponibles sur le site Internet www.sos-amitie.com ou au 01 40 09 15 22. Le site offre aussi un service d'écoute web (anonymat, confidentialité et non-directivité).

**Suicide Écoute**

01 45 39 00 (prix d'un appel local) : accueil et écoute des personnes confrontées au suicide, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

www.suicide.ecoute.fr

**S.O.S Suicide Phénix**

Numéro national 0825 120 364 (15 cent./min) : accueil et écoute des personnes confrontées au suicide, 7 jours sur 7 de 16 heures à 20 heures.

Numéro régional Île-de-France : 01 40 44 46 45 (prix d'un appel local).

www.sos-suicide-phenix.org

**Écoute Famille**

01 42 63 03 03 (prix d'un appel local) : cette ligne d'écoute créée par l'Unafam est destinée aux familles ayant un proche en souffrance psychique. Des psychologues conseillent et orientent les familles.

# 7 Thérapies comportementales et cognitives

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie ; elles représentent l'utilisation en clinique quotidienne des découvertes des laboratoires de psychologie expérimentale. L'idée dominante de ces prises en charge n'est plus de chercher une cause, inconsciente ou non, au trouble mais bien de modifier le comportement posant problème. C'est une thérapie du comment et non pas du pourquoi. Cela nécessite de remettre en cause l'idée que la connaissance de l'origine du trouble est nécessaire à sa guérison. Cette image d'Épinal, très répandue, manque pourtant d'étayage. Outre qu'il est souvent difficile de mettre en évidence la cause d'une maladie psychique, son identification ne permet pas son amélioration. Un exemple simple permet de le comprendre : de nombreuses personnes sont anxieuses avant un examen et les raisons en sont évidentes : peur de l'échec, importance de l'épreuve, mauvaise préparation, etc. La connaissance de ce motif ne diminue en rien l'angoisse ; il paraît plus judicieux de mieux préparer ses examens ou d'acquérir des techniques de gestion du stress.

Ces techniques utilisent une méthodologie expérimentale pour comprendre et modifier les troubles psychologiques des patients. Elles voient le jour au début du XX^e^ siècle et sont fondées, au début, sur les théories de l'apprentissage – conditionnement classique, conditionnement opérant, conditionnement social. Elles donnent naissance au béhaviorisme puis aux thérapies comportementales. Ces techniques seront ensuite complétées par des méthodes issues des neurosciences cognitives et du traitement de l'information, c'est-à-dire les processus de pensée qui filtrent et organisent la perception des événements. L'intégration de ces données dans la prise en charge des patients conduira à ce qu'on a coutume d'appeler la « deuxième vague », les thérapies cognitives. Dès le milieu des années 1970, on regroupera l'ensemble de ces techniques dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). Ces techniques se complètent d'une réflexion sur la place des émotions qui sont en interaction avec nos comportements et nos pensées (Myers, 2010).

Ces approches ont été au début violemment combattues, comme c'est le lot de toutes les idées nouvelles. Elles se sont ensuite progressivement diffusées, d'abord dans les pays anglo-saxons vite séduits par le pragmatisme et l'efficacité de ces méthodes, puis dans le monde entier. Aujourd'hui, les TCC sont le courant dominant des prises en charges psychothérapiques. Elles représentent, seules ou en association avec les médicaments psychotropes, le traitement de référence de la plupart des troubles psychiatriques : phobie,

trouble obsessionnel compulsif (TOC), dépression, troubles du comportement alimentaire, etc. Elles ne se cantonnent pas à la prise en charge des troubles anxieux et les patients les plus gravement atteints, comme ceux souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires, bénéficient aussi de ces techniques.

L'évaluation rigoureuse et scientifique de ces psychothérapies a confirmé leur efficacité et tend à rendre obsolètes les autres méthodes, si ce n'est dans une perspective de développement personnel. L'impératif de santé publique est désormais de les rendre plus accessibles aux patients.

Elles permettent aussi une vision globale du patient, de son fonctionnement psychologique et de ses interactions avec le monde qui l'entoure. La triade comportement-cognition-émotion, base des thérapies comportementales et cognitives, permet d'élaborer un modèle psychopathologique quasi complet de compréhension des troubles psychiques.

La France, par une curieuse exception pour un pays qui se dit cartésien, est un des derniers pays à encore proposer des thérapies d'inspiration psycho-dynamique dans le traitement des troubles de l'humeur.

## Thérapies comportementales

Le cadre théorique est fondé sur les théories de l'apprentissage. L'apprentissage est un changement plus ou moins permanent dans le comportement d'un organisme provoqué par l'expérience. De façon simple, si nous posons que des troubles psychiques s'expriment par des comportements inadéquats, nous pouvons les modifier par un nouvel apprentissage. L'expérience est la clé de l'apprentissage et nous apprenons principalement par association. Cet apprentissage est basé sur les trois types de conditionnement : le conditionnement classique, le conditionnement opérant et le conditionnement social (Cottraux, 2009).

### Conditionnement classique ou répondant

Il découle des travaux d'Ivan Pavlov. Il provient de l'association entre un stimulus et la réaction automatique de l'organisme. Prenons un exemple simple : quand on vous présente une friandise appétissante vous salivez, c'est un réflexe inconditionnel. En revanche, si on fait tinter une clochette, rien ne se passe, c'est un stimulus neutre. Associons ces deux données : une clochette tinte quelques secondes puis les friandises sont présentées. Si nous répétons cette expérience plusieurs fois, le simple bruit de la clochette provoquera une réponse de salivation même sans présentation de nourriture : c'est ce que nous appelons une réponse conditionnelle, la clochette étant devenue un stimulus conditionnel. Si nous schématisons cette expérience, dans un premier temps nous avons :

$$SN + SI \rightarrow RI$$

La clochette est le stimulus neutre (SN), la nourriture le stimulus inconditionnel (SI) et le réflexe de salivation est la réponse inconditionnelle (RI).

Après plusieurs répétitions, nous avons dans un second temps :

$$SC \rightarrow RC$$

La clochette qui était un stimulus neutre est devenue un stimulus conditionnel (SC), et la salivation est appelée réponse conditionnelle (RC).

## Conditionnement opérant

C'est Burrhus Skinner qui a fait évoluer ce concept en démontrant qu'un comportement est appris en fonction de ses effets sur l'environnement. Un comportement est renforcé ou diminué en fonction de la réponse de l'environnement. Skinner l'a mis en évidence en montrant que si un animal enfermé dans une boîte découvre qu'il peut obtenir de la nourriture en actionnant un levier, il cherchera à reproduire ce comportement.

L'organisme opère sur son environnement, et les conséquences – positives ou négatives – de son action le conduisent à modifier son comportement. On dit que les comportements sont renforcés par leurs conséquences. On différencie :

- les *renforcements positifs* : une action qui a des conséquences positives aura tendance à se répéter. Si les renforcements positifs sont plus nombreux, la fréquence d'apparition du comportement augmentera. Si au contraire les renforcements positifs sont moins nombreux, les réponses du sujet diminueront ;
- les *renforcements négatifs* : une action qui permet d'éviter une conséquence négative sera répétée ; c'est ce qu'on appelle en clinique un évitement. Cela est différent d'une punition qui est un stimulus aversif qui fait décroître la fréquence du comportement qui le précède.

Un comportement qui n'a aucune conséquence, ni positive ni négative, disparaîtra en raison de l'absence de renforcement : on parle d'extinction.

À partir de ces données, nous pouvons proposer un schéma d'analyse des comportements : face à un stimulus (S), l'organisme (O) produit une réponse (R) qui sera suivie de conséquences (C). Ces conséquences auront des effets sur l'émission des réponses suivantes :

$$S \rightarrow O \rightarrow R \rightarrow C$$

## Conditionnement social

C'est dans les années 1970 qu'Albert Bandura décrit un apprentissage par observation et imitation. On observe comment les autres agissent et on essaye d'imiter ; c'est de cette façon que nous acquérons la plupart de nos compétences. C'est par imitation que nous avons appris à marcher, à parler, à nous comporter en société, etc. Cet apprentissage peut être vicariant, c'est-à-dire que nous tenons aussi compte des conséquences d'un comportement observé chez autrui. Si quelqu'un se brûle devant nous en touchant un objet chaud, nous éviterons d'y poser la main.

## Thérapies cognitives

Elles sont fondées sur le modèle du traitement de l'information. Elles furent introduites en clinique dès les années 1960, bien avant l'essor de la psychologie cognitive qui s'est développée à la fin des années 1970. Plusieurs modèles coexistent et présentent de nombreuses similitudes, mais nous nous référerons à celui décrit par Aaron Beck qui est le plus utilisé et probablement le plus abouti. Trois niveaux de fonctionnement cognitif sont décrits : les cognitions, les biais cognitifs et les schémas cognitifs :

- les *cognitions* sont des pensées ou des images mentales dont on n'est pas forcément conscient, à moins de se concentrer sur elles, et qui fonctionnent malgré soi ;
- les *biais cognitifs* (aussi appelés processus cognitifs) sont des erreurs de logique qui perturbent notre perception des événements ;
- les *schémas cognitifs* sont des façons de penser acquises par l'éducation, l'expérience et les interactions avec les autres. Ces schémas sont stockés dans la mémoire à long terme et s'acquièrent dès l'enfance. Ils s'expriment le plus souvent sous forme d'auto-injonctions : « Je dois », « Il faut que », etc. Ils agissent comme des filtres et polarisent le traitement de l'information dans leur sens. Ils sont vécus comme confortables et rassurants.

Le principe de la thérapie cognitive est d'identifier ces différents éléments, de les quantifier puis de les discuter – on utilise souvent le terme de restructuration cognitive.

Ces différents modèles que nous avons séparés pour des raisons didactiques sont regroupés au sein des thérapies cognitives et comportementales. Ce type de psychothérapie se définit par rapport à ce corpus théorique mais aussi en fonction d'une méthodologie particulière et de techniques spécifiques.

## Méthodologie

Ce sont des traitements courts, le plus souvent d'une durée de 6 à 12 mois. Cependant, il est plus judicieux de raisonner en nombre de séances qui sont comprises entre 15 et 30. Cette durée est à relativiser en fonction du problème de départ mais aussi des troubles associés (comorbidité, troubles de la personnalité, addictions, etc.). Ils sont bien codifiés et reproductibles. Cinq étapes sont indispensables.

### Diagnostic clinique

C'est l'étape initiale incontournable. Il est établi en référence à un système nosographique international comme le DSM-IV ou la CIM-10. Il est fondé sur un ou plusieurs diagnostics positifs et doit exclure les diagnostics différentiels. On recherchera aussi les troubles de la personnalité associée. Le processus aboutit à l'information du patient, le diagnostic lui est communiqué de façon claire et compréhensible.

## Analyse fonctionnelle

C'est l'étape fondamentale : on ne peut pas concevoir une TCC sans analyse fonctionnelle. C'est un modèle de compréhension des troubles du patient, fondée sur l'observation de ses comportements et sur leurs facteurs de déclenchement et surtout de maintien. L'analyse fonctionnelle constitue l'application à la clinique de la méthode expérimentale et, dans ce sens, les TCC se situent dans la filiation de la médecine expérimentale telle que l'avait décrit Claude Bernard (1865). C'est un recueil objectif des faits avec des informations qualitatives et quantitatives. Il permet de poser une hypothèse de travail cohérente et de déterminer une cible thérapeutique prioritaire. Cette analyse se fait de façon synchronique, c'est-à-dire dans le contexte actuel mais aussi dans une perspective diachronique qui replace le symptôme dans l'histoire du patient et qui tient compte de sa personnalité. Une analyse fonctionnelle distincte doit être effectuée pour chaque comportement posant problème.

Plusieurs modèles d'analyse fonctionnelle ont été développés.

- Le modèle **SORC** (stimulus-organisme-réponse-conséquence) est le plus classique. Il s'inscrit dans une perspective skinnérienne et permet d'analyser :
  - le stimulus (S) : c'est la situation dans laquelle un problème survient ;
  - l'organisme (O) : c'est l'ensemble des réponses de l'organisme – émotions, cognitions, réactions physiologiques ;
  - la réponse (R) : c'est le comportement du patient ;
  - la conséquence (C) : les conséquences pour le patient et son environnement.

C'est un modèle facile à utiliser qui permet de raisonner en termes de conséquences.

- Le **BASIC ID**, conçu par Lazarus en 1976, est un modèle très complet. Il recherche :
  - B (*behavior*) : les comportements ;
  - A (*affect*) : les émotions qui accompagnent le comportement ;
  - S (*sensation*) : les manifestations physiologiques ;
  - I (*interpersonal*) : ce sont les relations interpersonnelles du patient, ses interactions sociales et familiales ;
  - C (*cognition*) : le discours intérieur du patient, ses pensées automatiques, ses idées ;
  - I (*imagery*) : l'imagerie mentale du patient ;
  - D (*drugs*) : l'utilisation de substances psychotropes médicamenteuses ou non.

En France, ce modèle est souvent utilisé dans une version complétée par Jean Cottraux qui tient compte en plus des attentes respectives du patient et du thérapeute.

- Le modèle **SECCA**, élaboré par Jean Cottraux en 1985, précise les interrelations entre :
  - le stimulus (S) ;

– les émotions (E) ;
– les cognitions (C) : pensées, imagerie mentale, système de croyance ;
– le comportement (C) ;
– l'anticipation (A).

## Contrat thérapeutique

À l'issue de l'analyse fonctionnelle, une modélisation du trouble permettant sa compréhension est proposée et tient principalement compte des facteurs de maintien du comportement problème. Cela permet d'élaborer une hypothèse de travail cohérente pour le thérapeute et acceptable pour le patient. Elle débouche sur un contrat thérapeutique, plus ou moins formalisé – souvent par écrit –, déterminant les objectifs et les moyens pour y parvenir. Ce contrat précisera les techniques employées, les cibles prioritaires, la durée du traitement et la fréquence des consultations.

## Évaluation

Elle s'effectue en comparant les mesures répétées pré-, per- et post-traitement des évaluations quantitatives effectuées. Elles sont basées le plus souvent possible sur des échelles et des questionnaires validés ou, si besoin, sur des outils spécifiques élaborés avec le patient pour suivre un comportement particulier.

Cette évaluation permet d'examiner les modifications observées mais doit aussi conduire à s'interroger sur la spécificité du changement obtenu et de vérifier les hypothèses de départ.

## Entretiens thérapeutiques

C'est une thérapie structurée, pédagogique, centrée sur l'ici et le maintenant (*hic* et *nunc*), qui prescrit des tâches comme expérience de changement. Elle nécessite une collaboration étroite entre le patient et le thérapeute fondée sur l'alliance thérapeutique. Le patient joue un rôle actif et s'exerce entre les séances. La thérapeute a un style directif mais dans son attitude il fait preuve d'écoute, de tolérance et d'empathie. Le respect du patient est au centre de la prise en charge.

# 8 Techniques spécifiques en TCC

Les thérapies comportementales et cognitives sont fondées sur l'étude des paramètres comportementaux, cognitifs, émotionnels et environnementaux. Les consultations ont une durée comprise entre 20 et 45 minutes suivant les méthodes utilisées et l'expérience du thérapeute. L'organisation de la consultation est toujours la même : bilan de la semaine écoulée, réalisation des exercices prescrits, choix d'un thème à analyser pendant la séance, prescriptions de tâches pour la consultation suivante, puis résumé ou feed-back du thérapeute.

De nombreuses techniques spécifiques ont été développées ces dernières années. Le projet thérapeutique d'un patient associe différentes techniques entre elles. Ne souhaitant pas réaliser un florilège des diverses techniques, seules les plus courantes et surtout les plus utiles, celles qui structurent l'exercice de la psychothérapie comportementale et cognitive, seront rappelées ici.

## Exposition

Basée sur les lois de l'apprentissage et de l'habituation, l'exposition consiste à se confronter selon certaines règles aux stimuli anxiogènes afin de diminuer la réponse associée. Pour être efficace, elle sera progressive, répétée, prolongée et complète. Cette technique a été développée à la fin des années 1960 suite aux travaux de Wolpe et Marks. Plusieurs variantes coexistent.

La *désensibilisation systématique* a été la première technique décrite. Chez un patient préalablement relaxé, elle consiste à présenter en imagination des stimuli de plus en plus intenses. Dans un second temps, le sujet est invité à affronter dans la réalité les situations travaillées en imagination. Cette méthode n'a désormais plus guère qu'un intérêt historique.

L'*exposition en imagination* est similaire à la méthode précédente mais se pratique chez un patient non relaxé préalablement.

L'*exposition intéroceptive* expose le patient aux sensations redoutées : vertiges, accélération de la fréquence cardiaque, impression d'étouffer, etc.

Dans l'*exposition graduée in vivo*, le patient, non relaxé, affronte par étapes la situation redoutée dans la réalité. Une hiérarchisation des situations problèmes doit être effectuée préalablement pour permettre une progressivité de l'exposition. Cette dernière doit être suffisamment prolongée pour permettre une diminution d'au moins 50 % de l'anxiété, ce qui suivant les patients durera de quelques minutes à une heure. Ces exercices devront

être répétés pour permettre l'habituation. Enfin, l'exposition devra être complète, c'est-à-dire sans évitements, le patient restant en situation sans penser à autre chose et sans technique pour faire baisser l'anxiété (accompagnant, médicaments, téléphone, etc.). C'est cette modalité qui est la plus efficace et la plus pratiquée.

Dans une perspective de recherche, certains hôpitaux proposent une exposition en réalité virtuelle immersive. Les situations redoutées sont synthétisées par des ordinateurs. Les patients, équipés de lunettes 3D et de gants de préhension, les affrontent de façon virtuelle.

## Restructuration cognitive

Elle consiste à amener le patient à identifier la réaction circulaire existant entre une situation donnée, la réponse émotionnelle associée, les pensées automatiques ou cognitions et le comportement. Le point de départ théorique est fondé sur le fait, bien établi, que les émotions sont engendrées par des pensées automatiques. Le cerveau humain est imparfait et dans notre traitement de l'information, nous sommes confrontés à des erreurs de logique appelées biais cognitifs – l'équivalent, dans les perceptions visuelles, des illusions optiques – et à des postulats silencieux qui déforment notre perception des événements, les schémas cognitifs. Nous interprétons constamment la réalité (Beck, 2010). Cette vision du fonctionnement psychique rejoint celle des philosophes de l'Antiquité grecque. En effet, les stoïciens nous apprenaient avec Épictète : « Ce ne sont pas les événements qui affectent les hommes mais l'idée qu'ils s'en font. »

La restructuration cognitive nécessite deux étapes : identifier les cognitions puis les modifier.

### Identifier

Cette identification peut être réalisée simplement en interrogeant le patient sur ses pensées à un moment précis : « Dans cette situation, à quoi avez-vous pensé ? » Nous pouvons aussi lui proposer d'imaginer une scène agréable ou désagréable et de se concentrer sur les pensées générées. D'autres fois, il sera nécessaire de recourir à des jeux de rôle où les situations seront rejouées avec la participation du thérapeute. À terme, le patient devra réaliser un auto-enregistrement de ses pensées automatiques en utilisant un tableau à trois colonnes où il note les émotions et les pensées associées à une situation donnée. Cet outil simple et très puissant a été imaginé par Aaron Beck – il est habituel de le désigner de façon éponyme sous le nom de « colonnes de Beck ». Le tableau doit être rempli de gauche à droite en inscrivant, en quelques mots, la situation problème dans la première colonne. Dans la deuxième colonne, on précise l'émotion ressentie en la quantifiant sur une échelle comprise entre 0 et 100. Dans la troisième colonne, on note les pensées automatiques et le degré

de croyance ou d'adhésion à ces pensées, évalué de 0 à 100 %. Voici un exemple d'utilisation de cet instrument :

| Situation | Émotions | Cognitions |
|---|---|---|
| Mon supérieur ne m'a pas salué quand je l'ai croisé dans un magasin | Inquiétude, anxiété<br>60 | Il m'en veut<br>70 |
| Mon collègue m'a critiqué à la réunion de direction | Énervement, colère<br>80 | Il se croit toujours meilleur que les autres<br>80 |

Ce relevé est effectué en temps réel sur un carnet que le patient a toujours sur lui. Il inscrit, jour après jour, toutes les situations provoquant une réponse émotionnelle – agréable ou désagréable – et les pensées associées. La tenue de ce carnet au long cours permet de mettre en évidence les pensées dysfonctionnelles. Ces erreurs du traitement de l'information sont induites par des biais cognitifs et des schémas cognitifs inadaptés.

## Modifier

Sachant que ces erreurs de logique créent des réponses affectives inappropriées et souvent douloureuses, il est nécessaire de les combattre. Pour restructurer ces pensées, différentes techniques sont utilisées.

Le discours socratique nous ramène à des méthodes ancestrales. Comme le faisait ce grand philosophe avec ses disciples, il s'agit d'amener le patient par des questions successives à s'interroger sur ses croyances, ses certitudes, ses convictions et ses attentes. Il ne s'agit pas d'une confrontation, où l'on mettrait le patient face à ses erreurs de logique, mais d'un échange d'égal à égal où nous conduisons notre interlocuteur à remettre en cause le bien-fondé de ses certitudes et son mode de raisonnement.

Une autre technique est d'élaborer des pensées alternatives, ce qui consiste, pour le dire plus simplement, à apprendre à penser autrement. Dans les situations problématiques relevées dans le carnet, existait-il une autre façon de réagir, une autre façon de penser ? Pour guider cette réflexion, la décentration est souvent utile – on utilise la décentration de temps, de personne et de lieu. Elle consiste à se poser les questions suivantes :

- « Aurais-je réagi de façon similaire l'an passé, il y a cinq ans ? »
- « Comment aurait réagi une autre personne, mon directeur, un collègue, mon voisin ? »
- « Quelle aurait été ma réaction si cela s'était passé ailleurs ? »

Il faut ensuite évaluer le niveau d'adhésion à ces nouvelles pensées et la charge émotionnelle associée. Pour cela, nous utilisons à nouveau les

colonnes de Beck mais en ajoutant deux données supplémentaires, les pensées alternatives et la réévaluation du degré de conviction et des émotions :

| Situation | Émotions | Cognitions | Pensées alternatives | Réévaluation |
|---|---|---|---|---|
| Mon supérieur ne m'a pas salué quand je l'ai croisé dans un magasin | Inquiétude, anxiété 60 | Il m'en veut 70 | Il ne m'a pas vu Il préfère rester discret, il est habituellement réservé | Émotion 30 Cognition 30 |
| Mon collègue m'a critiqué à la réunion de direction | Énervement, colère 80 | Il se croit toujours meilleur que les autres 80 | Il est critique avec tout le monde Plus personne ne l'écoute dans l'entreprise | Émotion 20 Cognition 40 |

En répétant régulièrement cet exercice, le patient apprend à générer automatiquement des pensées alternatives et à examiner de façon calme et cohérente ses idées défaitistes. Progressivement, la charge émotionnelle associée diminue.

## Résolution de problème

C'est le processus par lequel une personne cherche à trouver les solutions adaptées pour résoudre un problème rencontré dans la vie quotidienne (Poinsot et Pascal, 2008). Il s'applique quand un problème est particulièrement ardu ou lorsque l'on se sent submergé par l'ampleur de la tâche. Cela consiste à séparer en deux temps distincts la recherche de toutes les situations envisageables et leur évaluation. C'est une recherche à la fois systématique et systématisée des solutions à un problème donné.

Le processus comporte cinq étapes :

1. rechercher toutes les solutions possibles ;
2. évaluer pour chaque solution ses avantages et ses inconvénients ;
3. choisir la meilleure solution en tenant compte des moyens nécessaires et la mettre en place ;
4. évaluer les résultats obtenus ;
5. si le résultat n'est pas celui escompté, revenir à la deuxième étape et recommencer autant de fois que nécessaire.

Dans les dépressions au travail, le patient a fréquemment l'impression qu'il n'existe pas de solution au problème qu'il rencontre. Une faible capacité de résolution de problème est d'ailleurs classiquement considérée comme un facteur de risque de tentative de suicide.

*Cas clinique*

Claudine, 38 ans, a repris récemment la direction de l'entreprise familiale de négoce dans le domaine agro-alimentaire. Cette société dynamique emploie vingt salariés. Elle était venue consulter à la demande de son médecin traitant qui avait diagnostiqué un épisode dépressif majeur. Outre le trouble de l'humeur, elle était confrontée à des difficultés de gestion de son équipe commerciale qui lui semblaient insurmontables. En effet, la nécessité de trouver de nouveaux marchés imposait d'élargir les secteurs géographiques de ses vendeurs, solution refusée par ces derniers. Une réunion de l'équipe sous forme de brainstorming a permis de proposer différentes solutions – embauche d'un nouveau salarié, modification de l'activité, prospection téléphonique, sous-traitement de certains marchés, etc. –, dont l'évaluation ne sera faite que dans un second temps.

La stratégie de résolution de problèmes est très efficace. Elle apprend à séparer la recherche des solutions et leur évaluation. Cela permet d'envisager un très grand nombre d'hypothèses et augmente statistiquement la possibilité de trouver la réponse la plus adaptée. Elle impose de ne traiter qu'un problème à la fois et, par conséquent, apprend à hiérarchiser les difficultés. Cette technique peut être proposée, comme dans l'exemple ci-dessus, à un groupe ou une équipe.

## Affirmation de soi

C'est un comportement qui permet à une personne d'exprimer clairement ses besoins, ses émotions et ses positions sans agressivité, en respectant l'opinion d'autrui. Le défaut d'affirmation de soi se traduit le plus souvent par un comportement inhibé et passif ou, plus rarement, par un comportement agressif qui ne tient pas compte de l'autre dans une conduite de fuite en avant et de perte de contrôle (André et Légeron, 1995). Les caractéristiques de ces trois types de comportement – passif, agressif et affirmé – sont développées dans le tableau 8.1.

Le développement de l'affirmation de soi se fait par un entraînement aux compétences sociales sous forme de jeux de rôle et d'exercices pratiques. Ces derniers permettent d'apprendre à mieux communiquer, à engager la conversation, à faire des demandes, à exprimer un refus ou son mécontentement, à faire ou à recevoir des critiques, à savoir exprimer et recevoir des compliments, et à gérer des conflits.

Globalement, l'affirmation de soi permet de travailler la relation avec les autres et constitue un bon outil de prévention des troubles dépressifs. C'est aussi le traitement de base de l'anxiété sociale et de la phobie sociale.

## Relaxation

Sous le terme de relaxation, on regroupe différentes méthodes qui cherchent à modifier la réponse physiologique de l'organisme au stress. Le mode d'action des différentes techniques est médié par le système nerveux

**Tableau 8.1**
**Caractéristiques des trois types de comportement**

| Passif | Agressif | Affirmé |
| --- | --- | --- |
| A ses droits bafoués, ne défend pas ses opinions, évite les problèmes | Ne tient pas compte d'autrui<br>Crée des conflits | Défend ses opinions et ses droits en respectant ceux des autres |
| N'atteint pas ses buts<br>Rumine ses difficultés après coup | Atteint ses buts aux dépens des autres<br>Les échanges sont des rapports de force | Atteint ses buts sans blesser les autres |
| Se sent frustré, dévalorisé, blessé, anxieux | Dénigre et humilie les autres<br>Provoque la frustration et l'irritation<br>Se sent vite agressé | Se sent bien dans sa peau<br>A confiance en lui |
| Inhibé | Explosif | Expressif |
| Laisse les autres choisir pour lui | Choisit pour les autres | Choisit pour lui |

autonome et tend à mettre au repos le système nerveux sympathique et à activer le système nerveux parasympathique. Cette stimulation permet d'obtenir un ralentissement du rythme cardiaque, une diminution de la fréquence respiratoire, une baisse de la pression artérielle, un hypométabolisme et une augmentation de la circulation périphérique. Pour une revue détaillée de la question, on peut se référer au livre de Dominique Servant (2009).

On décrit trois grandes familles de relaxation : les techniques comportementales fondées principalement sur la décontraction musculaire et le contrôle respiratoire, la sophrologie qui utilise la technique de visualisation de scènes agréables, et des méthodes basées sur des fondements philosophiques comme le yoga ou la méditation. Ces deux dernières familles nécessitent un apprentissage prolongé et une pratique régulière. Au contraire, la relaxation comportementale est une acquisition aisée basée sur des exercices simples. Deux étapes sont importantes : le contrôle respiratoire et le relâchement musculaire.

## Contrôle respiratoire

Il est basé sur la respiration abdominale calme, en quatre temps :

1. d'abord une inspiration lente, environ 3 secondes, par le nez en gonflant le ventre. Il est important, à ce stade, que ce soit l'abdomen qui se gonfle et non pas la cage thoracique, comme on le fait spontanément en respirant ;
2. en fin d'inspiration : une pause, bloquez un instant sa respiration ;
3. le troisième temps : expiration lente par la bouche d'une durée comparable à celle de l'inspiration ;
4. puis à nouveau une pause.

Cette façon de respirer est souvent appelée « respiration en rectangle » : deux temps pour l'inspiration et l'expiration, un temps pour les pauses.

Le but est de diminuer la fréquence respiratoire aux alentours de huit à dix cycles par minute, alors que le rythme respiratoire habituel au repos est de douze cycles par minute.

### Relâchement musculaire

Pour cela, nous allons utiliser une technique dérivée de la relaxation progressive de Jacobson (1980). Elle consiste à d'abord contracter volontairement un groupe musculaire, puis à le relâcher.

L'exercice peut se faire en position assise ou couchée, mais dans un endroit calme. Le patient doit se concentrer sur le groupe de muscles à détendre. La contraction se fait en inspirant. Il faut ressentir la tension, mais sans forcer (ni gêne, ni douleur), puis relâcher les muscles en expirant lentement. La décontraction doit durer une dizaine de secondes.

Tous les groupes musculaires peuvent être travaillés dans cet exercice. Une séquence courte concernant les membres supérieurs, les membres inférieurs, les épaules et le cou est fréquemment proposée :

- premier exercice : serrer le poing et étendre l'avant-bras d'abord à gauche puis à droite ;
- deuxième exercice : étendre la jambe et le pied d'abord à gauche puis à droite ;
- troisième exercice : soulever les épaules et faire quatre ou cinq ronds avec chaque épaule ;
- quatrième exercice : fermer les yeux très fort, élever les sourcils et serrer les dents.

Avec l'entraînement, l'alternance contraction et décontraction va devenir de plus en plus efficace et pourra se faire de façon de plus en plus rapide. On observera aussi une généralisation à l'ensemble du corps.

Chez les patients très entraînés, il suffit souvent de contracter l'ensemble du corps pendant quelques secondes pour obtenir une réponse de relaxation globale.

## Thérapie des schémas

Nous avons tous des façons de penser acquises pendant notre développement – par notre éducation, nos rencontres, nos expériences, nos interactions avec l'entourage. Ce sont des représentations mentales stables, inconscientes, stockées dans la mémoire à long terme que l'on nomme schémas. Ils filtrent automatiquement le traitement cognitif de l'information et provoquent une vision partielle, simplifiée, de notre environnement en nous orientant vers des pensées et des comportements stéréotypés.

Ces schémas s'expriment sous forme d'injonctions arbitraires : « Il faut », « Je dois ». Ils ne sont pas forcément négatifs. Ce sont eux qui nous ont permis de structurer notre personnalité et d'acquérir des automatismes indispensables à la vie quotidienne. Cependant, quand ils sont trop rigides,

immuables, impossibles à transgresser, quand ils n'évoluent pas avec le temps et les expériences de vie, ils provoquent une souffrance émotionnelle et risquent alors d'être à l'origine de nombreux troubles psychologiques. Ce sont ces schémas qui font qu'un même événement est interprété différemment d'une personne à l'autre.

Chez les patients souffrant de dépression professionnelle, on met souvent en évidence des schémas de perfection ou d'attentes très élevées : « Je dois toujours être le meilleur », « Je ne dois pas décevoir les autres », « Il faut que j'obtienne l'approbation de mes collègues », « On ne peut pas se fier aux gens », « Je dois réussir tout ce que j'entreprends ».

Pour soigner ces schémas, la première étape est de les identifier. Pour cela, on recherche avec le patient les thèmes récurrents, les auto-injonctions, les habitudes de penser. On peut s'aider du tableau à trois colonnes de Beck ou utiliser la technique de la flèche descendante. Cette dernière consiste, à partir du monologue intérieur, à demander au patient quelle est la pire conséquence de ce qu'il redoute. Une fois la conséquence exprimée, on lui demande à nouveau la pire conséquence, et ainsi de suite. La dernière pensée est le schéma.

Ensuite, on incite le patient à trouver par lui-même d'autres façons d'interpréter les événements – peut-on penser autrement, quels sont les arguments en faveur et en défaveur de la première impression ? Le but est de donner plus de souplesse cognitive et d'envisager des alternatives. Progressivement, le patient utilise des règles moins rigides et les schémas se modifient par rétroaction.

Ce type de traitement nécessite l'intervention de thérapeutes expérimentés.

# 9 Traitements biologiques

Le traitement des dépressions est bien codifié. Il dépend avant tout de l'intensité de la dépression. On distingue, en fonction de l'expression symptomatique, des dépressions légères, modérées ou sévères. Cette spécification est fondée sur le nombre de symptômes, leur sévérité et leur impact en termes de souffrance et de retentissement fonctionnel. Idéalement, on évalue la sévérité en utilisant des échelles standardisées – BDI (*Beck Depression Inventory*), échelle de Hamilton, MADRS (*Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*).

Une *dépression légère* est caractérisée par la présence d'au plus cinq ou six symptômes, parmi ceux qui sont nécessaires pour poser le diagnostic, et une incapacité fonctionnelle légère ou une capacité fonctionnelle normale au prix d'efforts importants.

Une *dépression sévère* est caractérisée par la présence de quasiment tous les symptômes nécessaires au diagnostic. Le retentissement fonctionnel est important et observable. L'impossibilité de travailler est une constante.

Une *dépression modérée* est un état intermédiaire entre légère et sévère.

Normalement, les dépressions légères ne nécessitent pas de traitement médicamenteux, une prise en charge psychothérapique étant suffisante. Dans les dépressions sévères, un antidépresseur est indispensable. Pour les autres cas, le choix entre médicament et psychothérapie est fonction des souhaits du patient, de ses préférences et de son modèle de compréhension du trouble de l'humeur. Certains patients sont très « biologiques », d'autres au contraire sont très « psychologiques ». C'est au médecin de s'adapter aux représentations du patient, et non l'inverse. À ce jour, dans le champ des psychothérapies, seules les thérapies comportementales et cognitives ont fait la preuve de leur efficacité dans cette indication (Inserm, 2004). Les thérapies psycho-dynamiques longtemps préconisées sont désormais abandonnées.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (figure 9.1) reprennent les conclusions des conférences de consensus élaborées par les professionnels. Si elles ne s'imposent pas *stricto sensu* aux médecins, il semble surprenant et difficilement justifiable de s'en éloigner.

Les critères d'évaluation dépendent de l'intensité des symptômes, du risque suicidaire, du statut fonctionnel, de l'observance des effets secondaires et des comorbidités éventuelles (psychiatriques et somatiques). Ils guident la décision thérapeutique et nécessitent une expérience clinique avérée.

## Les antidépresseurs

Ce traitement sera proposé quand il est nécessaire pour une durée minimale de 6 mois à pleine dose. Si le patient a déjà présenté un ou plusieurs épisodes dépressifs, le traitement pourra atteindre 12 ou 24 mois. La plupart

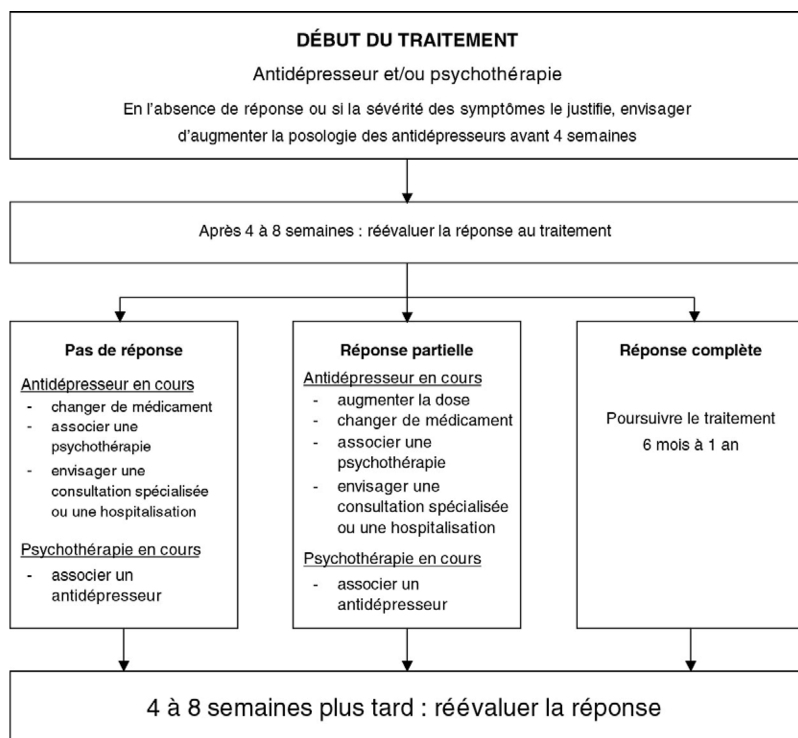



**Figure 9.1**
Recommandations de la Haute Autorité de Santé (2002).

des antidépresseurs bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché en France ont, peu ou prou, la même efficacité. Le mécanisme d'action ne permet pas de choisir un médicament plutôt qu'un autre. Les subtiles distinctions mises en avant par les laboratoires pharmaceutiques ne sont que des arguments marketing sans aucune robustesse scientifique. Les anciens antidépresseurs imipraminiques ont la même efficacité que les nouveaux et leur délai d'action est superposable. Ils sont présentés, à tort ou à raison, comme ayant plus d'effets indésirables ; il nous semblerait plus juste de parler de profils d'effets secondaires différents.

## Choix de la molécule

Le choix de la molécule se fera en fonction des habitudes du prescripteur, de ses préférences et du profil d'effets indésirables. Il est habituel de privilégier des produits éprouvés ne nécessitant pas de précaution d'emploi particulière. La prescription la plus simple et la mieux tolérée est la meilleure. Si le patient a déjà été soigné pour dépression et que son traitement a été efficace, il est logique de prescrire la même molécule. Les données actuelles

de la science ne permettent pas de recommander un antidépresseur particulier, ou une famille d'antidépresseurs, dans un sous-type de dépression. Même l'effet sédatif ou dynamisant d'un produit, bien réel à l'instauration du traitement et fréquemment mis en avant par les cliniciens, disparaît en quelques jours lors d'un traitement au long cours. À l'heure de la médecine basée sur un haut niveau de preuve (*evidence based medicine*), il faut admettre que les habitudes de prescriptions des uns et des autres relèvent au mieux du folklore, au pire de croyances irrationnelles.

## Quel est le meilleur antidépresseur ?

**De nombreuses méta-analyses ont cherché, en vain, à répondre à cette question. En 2009, Andreo Cipriani a réalisé une méta-analyse originale, en réseau de 117 études, incluant plus de 25 000 patients et comparant 12 antidépresseurs de nouvelle génération (Cipriani et al., 2009). Il est ressorti de ces travaux que deux médicaments, la sertraline et l'escitalopram, présentent un profil efficacité/acceptabilité supérieur aux autres produits testés et devraient, en toute logique, être privilégiés.**

**Si cette étude est un bon indicateur pour le choix d'un médicament en première intention, elle a néanmoins ses limites. Il s'agit des résultats en aigu (à 8 semaines), alors qu'une dépression nécessite au minimum 6 mois de traitement. Par ailleurs, la fiabilité de la méthode statistique utilisée dans cette méta-analyse n'est pas démontrée et reste l'objet de controverses.**

Il existe un délai de latence de 2 à 4 semaines avant de voir se dessiner l'effet thérapeutique. Il faut être patient pendant cette période et ne pas majorer la posologie ou modifier le traitement. Les doses efficaces sont spécifiques pour chaque produit. L'efficacité des faibles posologies (infrathérapeutiques) n'a jamais été démontrée.

Le véritable enjeu du traitement antidépresseur est celui de la compliance. Toutes les études soulignent la très faible observance des patients, et cette donnée médicale classique – toutes pathologies confondues – est encore renforcée par la mauvaise image des psychotropes dans la population générale. Le monde du travail accentue encore cette idée : « Les antidépresseurs, c'est pour les mous ! », nous confiait récemment le DRH d'un grand groupe industriel.

Une étude réalisée par la caisse d'Assurance maladie Rhône-Alpes est effarante. Elle a suivi la délivrance des IRS[1] pendant 2 ans (avril 2001-mars 2003). Plus de 150 000 patients ont été inclus et seuls 10 % ont bénéficié d'une délivrance de médicaments permettant un traitement conforme aux préconisations de bonne pratique de traitement d'un épisode dépressif (URCAM Rhône-Alpes, 2004).

1 Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.

Les idées reçues sur les thymo-analeptiques doivent systématiquement être explorées avec le patient, et la vérification de la prise adéquate des médicaments fait partie intégrante de son suivi.

### Idées folles et idées fausses sur les antidépresseurs

- **Les antidépresseurs fatiguent : non, la fatigue vient de la dépression ; c'est bien pour cette raison qu'un traitement a été prescrit.**
- **Les antidépresseurs majorent le risque suicidaire : cette légende provient d'études montrant que parmi les suicidés, certains consommaient des antidépresseurs. C'est comme si on refusait les traitements anticancéreux sous prétexte que les patients décédés de cancer avaient tous bénéficié d'un tel traitement dans les mois précédant leur disparition.**
- **On devient dépendant : non, il n'existe pas de cas de dépendance aux antidépresseurs par opposition aux anxiolytiques (les tranquillisants) ou aux hypnotiques.**
- **Les antidépresseurs font grossir : en réalité, il y a souvent une perte d'appétit dans la dépression qui entraîne un amaigrissement. L'amélioration de la maladie provoque une reprise pondérale.**
- **Il faut arrêter le traitement le plus vite possible : non, le traitement de la dépression doit être prolongé pour permettre la guérison et minimiser le risque de rechute (6 à 12 mois de traitement).**
- **Les antidépresseurs provoquent des troubles de l'attention et de la concentration : non, ce sont des symptômes de la maladie dépressive. La guérison de la dépression permettra la récupération de l'intégralité des fonctions cognitives.**
- **Les antidépresseurs, c'est pour les faibles : non, la dépression est une maladie grave qui nécessite un traitement. La faiblesse, c'est de ne pas assumer la nécessité d'un traitement.**
- **On ne peut pas travailler pendant un traitement antidépresseur : non, dès que l'humeur s'est redressée, le travail peut être repris.**

Lorsque la décision est prise d'arrêter le traitement, il est habituel de réduire progressivement la posologie sur quelques semaines afin de prévenir une éventuelle réaction de sevrage. Cette façon de faire, qui repose sur un consensus professionnel, est très rassurante pour le patient. En pratique, les interruptions brutales de traitement – à l'initiative des patients – ne provoquent qu'anecdotiquement des réactions de sevrage. La méthodologie, consacrée par l'usage, est de diminuer d'un demi-comprimé d'une consultation à l'autre. La prise un jour sur deux constitue en revanche une hérésie pharmacologique.

## Classification

Les antidépresseurs sont classiquement regroupés en cinq familles pharmacologiques. Cette classification repose sur des mécanismes d'action supposés, mais nous avons vu que cette distinction n'est pas opérante en clinique.

- Les **tricycliques** : ce sont les premiers antidépresseurs à avoir été mis sur le marché. Leur efficacité n'a jamais été dépassée. Ils ont des effets indésirables cardiaques qui limitent parfois leur usage.
- Les **inhibiteurs de la monoamine oxydase** (IMAO) : produits historiques aux multiples effets secondaires qui rendent leur usage difficile. Ils sont de prescription confidentielle.
- Les **inhibiteurs de la recapture de la sérotonine** (IRS) : la classe la plus prescrite en raison d'une grande facilité d'emploi associée à une bonne efficacité. Leur diffusion a été à la base de l'hypothèse sérotoninergique de la dépression.
- Les **inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline** (IRSNA) : très proches de la famille précédente, leur action sur la noradrénaline, séduisante sur le plan pharmacologique, n'a toutefois pas permis d'en améliorer l'efficacité. Théoriquement, les effets latéraux devraient être plus marqués.
- Les **autres antidépresseurs** : groupe disparate, composé de produits d'efficacité relative mais qui peuvent présenter une alternative thérapeutique face à des dépressions jugées résistantes. Leurs effets indésirables peuvent être sévères.

Le tableau 9.1 suivant reprend les différents antidépresseurs commercialisés en France ainsi que les posologies habituelles dans le traitement des épisodes dépressifs.

## Effets indésirables

Ce sont globalement des médicaments biens tolérés. Les effets secondaires sont, le plus souvent, d'apparition précoce, dose-dépendants et transitoires. Sans établir une liste complète, voici des signes classiques à connaître (Stahl, 2002).

Les tricycliques ont des effets anticholinergiques qui peuvent provoquer des troubles de la vision, une bouche sèche, une rétention urinaire et une constipation. Ils sont contre-indiqués en cas de glaucome à angle fermé et d'hypertrophie de la prostate. On peut observer une somnolence et des troubles du rythme cardiaque.

Les IRS et IRSNA peuvent induire des troubles digestifs, une somnolence, un allongement de l'espace QT, une hypersudation, une hyponatrémie et un syndrome sérotoninergique.

Des troubles sexuels et une prise de poids peuvent exister avec toutes les classes.

De nombreux cas de dépendance ont été rapportés sous Stablon® ; la prescription se fait désormais sur ordonnance sécurisée sans renouvellement possible. Le Valdoxan® nécessite une surveillance très stricte des fonctions hépatiques en raison d'un risque d'hépatite.

Les antidépresseurs sont des médicaments qui inquiètent. Pourtant, les refuser par principe est une erreur liée à la méconnaissance de leur efficacité et à un déni de l'intensité de la douleur morale qui accompagne la

**Tableau 9.1**
**Les antidépresseurs commercialisés en France**
Les noms suivis d'un astérisque sont des produits génériques

| Nom commercial | Classification | Posologie habituelle |
|---|---|---|
| Anafranil® | Tricyclique | 75-150 mg/j |
| Athymil® | Autre antidépresseur | 30-90 mg/j |
| Citalopram* | IRS | 20-40 mg/j |
| Clomipramine* | Tricyclique | 75-150 mg/j |
| Cymbalta® | IRSNA | 30-60 mg/j |
| Défanyl® | Tricyclique | 75-150 mg/j |
| Déroxat® | IRS | 20-40 mg/j |
| Divarius® | IRS | 20-40 mg/j |
| Effexor® | IRSNA | 75-225 mg/j |
| Elavil® | Tricyclique | 75-150 mg/j |
| Floxyfral® | IRS | 100-200 mg/j |
| Fluoxétine* | IRS | 20-40 mg/j |
| Fluvoxamine* | IRS | 100-200 mg/j |
| Ixel® | IRSNA | 100 mg/j |
| Laroxyl® | Tricyclique | 75-150 mg/j |
| Ludiomil® | Tricyclique | 75-150 mg/j |
| Marsilid® | IMAO | 50-100 mg/j |
| Miansérine* | Autre antidépresseur | 30-90 mg/j |
| Mirtazapine* | IRSNA | 30-60 mg/j |
| Moclamine® | IMAO | 300-450 mg/j |
| Norset® | IRSNA | 30-60 mg/j |
| Paroxétine* | IRS | 20-40 mg/j |
| Prothiaden® | Tricyclique | 75-150 mg/j |
| Prozac® | IRS | 20-40 mg/j |
| Quitaxon® | Tricyclique | 10-300 mg/j |
| Séroplex® | IRS | 10-20 mg/j |
| Séropram® | IRS | 20-40 mg/j |
| Sertraline* | IRS | 50-100 mg/j |
| Stablon® | Autre antidépresseur | 37,5 mg/j |
| Surmontil® | Tricyclique | 75-150 mg/j |
| Tofranil® | Tricyclique | 75-150 mg/j |
| Valdoxan® | Autres antidépresseurs | 25-50 mg : j |
| Venlafaxine* | IRSNA | 75-225 mg/j |
| Zoloft® | IRS | 50-100 mg/j |

maladie. Leurs effets indésirables sont bien moins graves que les symptômes de cette pathologie. Ainsi, les effets potentiels de somnolence induits par les médicaments sont rarement invalidants, alors que les troubles cognitifs de la maladie diminuent la fiabilité, la concentration et la vigilance. Laisser conduire, ou travailler, un patient souffrant de dépression semble beaucoup plus inquiétant que d'autoriser la conduite d'un véhicule par un patient prenant régulièrement son traitement antidépresseur.

## Les autres traitements

### Médicaments

Au début du traitement, il est possible de prescrire, pour une brève période, en association aux antidépresseurs des anxiolytiques ou des somnifères. Ils permettent de soulager les symptômes anxieux et l'insomnie souvent présents dans les troubles de l'humeur. Ce ne sont pas des médicaments curatifs et le risque de dépendance est réel. Pour ces raisons, il est préférable de restreindre leur usage aux cas indispensables et de limiter la durée du traitement au strict nécessaire.

Il y a quelques années, des benzodiazépines étaient systématiquement associées aux antidépresseurs par crainte d'une tentative de suicide liée à la levée de l'inhibition anxieuse. Cette pratique est désormais au minimum obsolète, si ce n'est dangereuse. Pour certains auteurs, cette co-prescription majorerait le risque d'autolyse en raison d'un effet facilitateur du passage à l'acte.

Aucun autre médicament n'a d'utilité dans la prise en charge de la dépression. L'homéopathie, les vitamines, les huiles essentielles, les compléments alimentaires et les oligo-éléments sont sans effet. La phytothérapie et les plantes médicinales, à l'exception du millepertuis à fortes doses (1 200 mg/j), n'apportent rien.

#### Le millepertuis : un produit à éviter

**Souvent présenté comme un traitement naturel de la dépression, le millepertuis est efficace et très utilisé en Allemagne. Il expose aux mêmes effets indésirables que les antidépresseurs et provoque de nombreuses interactions médicamenteuses (contraception, antivitamines K, etc.). Vendu sans ordonnance, il est souvent pris en automédication sans suivi associé. Le plus souvent, il ne fait que différer la consultation médicale. Pour toutes ces raisons, c'est un médicament à bannir.**

Récemment, les omégas-3 ont été plébiscités par la presse grand public alors qu'aucune étude scientifique bien menée n'a permis d'établir une efficacité chez les patients déprimés. Orviétan d'aujourd'hui, ce produit rejoindra la longue liste des traitements alternatifs de la dépression vite oubliés en raison de leur inefficacité (tryptophane, magnésium, calcium, etc.).

Les hypothèses pseudo-scientifiques mises en avant pour justifier leur usage prêteraient à sourire si la dépression n'était pas une maladie grave.

De la même façon, l'acupuncture, les médecines traditionnelles asiatiques, l'hypnose, l'auriculothérapie ne font que renforcer, à terme, l'idée d'incurabilité en raison de leur inefficacité.

Si nous relevons l'utilisation de ces produits, c'est que leur usage est dangereux puisque inadapté. Ils retardent le recours au médecin et par conséquent à un traitement efficace. Les dépressions sévères sont des maladies potentiellement mortelles et tout retard de prise en charge majore le risque suicidaire. Il n'y a pas de place ici pour les gogo-thérapies : la dépression n'est pas un rhume et l'usage du placebo ou de méthodes non scientifiquement validées n'est pas licite. Une prise de conscience collective est indispensable pour lutter efficacement contre ce fléau qui provoque chaque année plus de décès que les accidents de la circulation, alors même qu'il existe des traitements efficaces, de mise en œuvre aisée et de bonne accessibilité en France.

## Autres pratiques

Ces autres traitements sont des prises en charge complémentaires de formes spécifiques de dépression, que ce soit en raison de leur gravité ou de leurs circonstances de survenue. Elles n'ont, le plus souvent, pas d'indication dans les dépressions au travail et ne sont citées que dans un souci d'exhaustivité.

## Sismothérapie (Szeekely et Poulet, 2012)

Aussi appelée électroconvulsivothérapie, c'est le traitement des formes les plus sévères de dépression. Depuis le film de Milos Forman, *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, ce traitement a une image déplorable : archaïque, brutal, utilisé à visée punitive. Pourtant, son efficacité et son innocuité sont établies.

Le principe consiste à faire passer un courant alternatif entre deux électrodes placées de part et d'autre du crâne pour stimuler des zones cérébrales spécifiques et provoquer une crise comitiale. Ce traitement s'effectue dans un environnement sécurisé, sur un patient préalablement anesthésié et curarisé. Le recours au curare permet d'éviter les secousses musculaires. La crise d'épilepsie induite ne provoque aucun mouvement et n'a de traduction que sur l'enregistrement de l'activité électrique cérébrale. Le traitement nécessite dix à douze séances. Les résultats sont le plus souvent spectaculaires.

## Stimulation magnétique transcrânienne

Elle consiste à stimuler par un champ magnétique des zones cérébrales spécifiques, en particulier la zone frontale. On utilise de brèves impulsions magnétiques qui modulent l'activité électrique des cellules nerveuses de manière non invasive et indolore. Cette technique, encore peu accessible

en France, est en plein essor. Les indications sont les mêmes que celles de la sismothérapie. Sa maniabilité et son acceptabilité sont, en revanche, bien supérieures.

## Luminothérapie

Il s'agit d'une exposition quotidienne à une lumière très intense de 10 000 lux pendant 30 minutes le matin. Elle nécessite une lampe de luminothérapie médicale qui produit un spectre lumineux dénué d'ultraviolets et d'infrarouges. Son efficacité passe par la régulation de la sécrétion de mélatonine. Le suivi doit être très précis pour choisir l'horaire optimal de l'exposition et éliminer les contre-indications (principalement oculaires). Cette technique n'a d'indication reconnue que pour le trouble affectif saisonnier.

# 10 Soigner la dépression

## Indications des thérapies comportementales et cognitives

Les thérapies comportementales et cognitives de la dépression ont des indications de plus en plus larges. Elles sont proposées quel que soit le degré d'intensité du trouble de l'humeur à l'exception des états mélancoliques et des dépressions délirantes. Elles permettent une rémission symptomatologique, une amélioration de l'observance médicamenteuse et une prévention des rechutes. Des programmes thérapeutiques adaptés sont aussi proposés dans les troubles bipolaires (Mirabel-Sarron et Docteur, 2005).

Ce sont des thérapies brèves – habituellement quinze à vingt séances suffisent.

Une fois le diagnostic posé, une analyse fonctionnelle est réalisée et permet d'évaluer l'état affectif du patient, ses pensées et ses émotions, mais également ses comportements ainsi qu'un relevé précis des activités qu'il a abandonnées du fait de la dépression. Cela permet d'établir un modèle de compréhension comportemental et cognitif de ces troubles. Ce paradigme est ensuite partagé avec le patient. Il permet d'établir un projet thérapeutique acceptable pour le patient et cohérent pour le thérapeute. Ce contrat thérapeutique, plus ou moins formalisé, permet de définir les objectifs du traitement, sa durée et les outils qui seront utilisés.

Une évaluation rigoureuse de la symptomatologie est effectuée à l'aide d'échelles validées et de mesure des comportements cibles du traitement. Il n'est pas plus envisageable de commencer le traitement d'un trouble de l'humeur sans une évaluation préalable que de proposer un traitement antihypertenseur sans mesurer la tension artérielle.

Les séances seront courtes en raison de la fatigabilité et des difficultés de concentration des patients déprimés. Elles seront ponctuées de reformulations de la part du thérapeute et conclues par un résumé de la séance avec prescription de tâches thérapeutiques. Le style relationnel sera collaboratif et interactif, cherchant à obtenir la meilleure alliance thérapeutique.

Une reprise d'activité progressive est la première étape, en proposant des tâches simples et répétables (téléphoner, mettre la table, prendre une douche). À ce stade, l'objectif n'est pas le plaisir ressenti mais la réussite comportementale. Une planification précise de ces exercices est indispensable. Le but est d'augmenter la fréquence d'apparition des événements agréables.

L'utilisation de la technique de résolution de problèmes permet de débloquer de nombreuses situations jugées insurmontables par le patient.

Ensuite, on apprend au patient des habiletés spécifiques pour améliorer ses interactions avec l'environnement : relaxation, affirmation de soi.

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

Enfin un travail sur les cognitions est proposé. Pour cela, le modèle cognitif est expliqué préalablement au patient. Il utilise le tableau à trois colonnes de Beck : identification des pensées négatives, recherche de pensées alternatives permettant la décentration et la distanciation, puis réévaluation de la charge émotionnelle des pensées.

Le travail sur les schémas n'a d'utilité que pour la prévention des rechutes. De la même façon, il n'y a pas d'indication de la méditation de pleine conscience dans la phase aiguë de la dépression.

Dans les épisodes dépressifs d'intensité modérée, les TCC ont une efficacité au moins équivalente à celle de la pharmacothérapie. Elles permettent de plus une meilleure alliance thérapeutique ainsi qu'une action sur les risques de rechute et de récidive. En association avec les médicaments, pour les cas les plus sévères, les thérapies cognitives améliorent l'observance thérapeutique.

## Psycho-éducation

Si nous reprenons la définition de l'Organisation mondiale de la santé, la psycho-éducation a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge des patients. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour informer les patients sur leur maladie, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, ainsi que sur les comportements liés à la santé et à la maladie. L'objectif est de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, afin qu'ils maintiennent et améliorent leur qualité de vie.

Cette définition permet de bien différencier la psycho-éducation de l'information ou de la psychothérapie.

La psycho-éducation devient de plus en plus fréquente dans la prise en charge des maladies chroniques ; par exemple, elle est habituelle dans l'asthme ou le diabète. En psychiatrie, elle est classiquement proposée pour la schizophrénie (groupe Profamille par exemple) et les troubles bipolaires (le modèle de Basco et Rusch est le plus classique). Cette méthode, qui permet au patient de devenir le véritable partenaire de son médecin et d'être acteur – voire même auteur, ce serait encore mieux – et non plus spectateur de sa santé, n'est pas encore suffisamment développée dans notre pays pour la dépression.

Concernant les troubles de l'humeur au travail, les points suivants doivent être systématiquement abordés :

- sémiologie de la dépression, formes cliniques, évolution, épidémiologie ;
- évaluations ;
- risque suicidaire ;
- facteurs de risque, comorbidité ;

- stress professionnel, isolement social ;
- traitements : antidépresseurs, psychothérapie ;
- les interlocuteurs dans l'entreprise : médecin du travail, CHSCT, syndicats, etc. ;
- hygiène de vie : sommeil, alimentation, sport, etc. ;
- cognitions, émotions, erreurs de logique ;
- gestion des rechutes et des situations à risque.

La psycho-éducation peut être dispensée en groupe ou en individuel. Le professionnel de santé qui assure ces séances doit avoir une formation spécifique à l'éducation pour la santé et aux entretiens motivationnels, en plus d'une connaissance approfondie des maladies dépressives. La remise de supports pédagogiques et informatifs est indispensable. En complément, deux livres peuvent être conseillés aux patients : celui élaboré par le ministère de la Santé, *La dépression, en savoir plus pour en sortir* (INPES, 2007), qui donne des informations générales, et un ouvrage écrit à l'intention des patients, *La dépression au travail : prévenir et surmonter* (Willard, 2012).

La mise en place de groupes psycho-éducatifs consacrés aux dépressions professionnelles, dans les grandes entreprises, représentera une étape importante pour lutter contre ce problème. Elle permettra aussi de réduire globalement les risques psychosociaux et d'améliorer au final les conditions de travail.

## Hygiène de vie

Le bien-être et la santé nécessitent une démarche personnelle active tant pour la préserver que pour la retrouver. Une bonne hygiène de vie, excluant tabac et alcool, respectant une alimentation avec cinq fruits et légumes quotidiens associée à une activité physique régulière, permettrait d'augmenter l'espérance de vie de 14 ans.

Cela est vrai aussi bien pour les maladies somatiques que pour les maladies mentales. Quoi qu'on en dise, la santé n'est pas uniquement un droit – nous n'irons pas jusqu'à dire que c'est un devoir – mais nécessite un engagement régulier. Il n'est nul besoin de se gaver de vitamines ou d'alicaments, comme il est inutile de s'initier à des philosophies complexes – ascétisme, méditation et théorie du bonheur ne sont que des fourre-tout idéologiques mis à la mode du jour par un orientalisme de pacotille. Il nous semble bien plus légitime de s'astreindre à un mode de vie soucieux des rythmes biologiques, attentif aux besoins du corps et de l'esprit et ouvert aux autres. Cette hygiène de vie nécessite de s'intéresser au sommeil, à l'alimentation, à l'activité physique, mais aussi à la gestion des émotions et aux relations sociales.

### Sommeil

Le sommeil est contrôlé par deux mécanismes : le besoin cumulatif de sommeil dépendant de la durée d'éveil (la pression de sommeil) et les rythmes biologiques corrélés à l'alternance nuit/jour et aux rythmeurs sociaux (repas, activité physique ou intellectuelle, etc.).

Chez l'adulte, le sommeil est organisé en cycles alternant des phases de sommeil lent, de profondeur croissante (stades I, II, III et IV), et des phases de sommeil paradoxal pendant lesquelles nous rêvons. Une nuit de sommeil, jugée habituelle, comporte quatre à cinq cycles. Il n'existe pas de durée normale de sommeil : c'est une variable individuelle. On retrouve aussi bien des petits dormeurs (4 à 6 heures de sommeil par nuit) que des gros dormeurs (8 à 10 heures de sommeil par nuit).

S'il n'existe pas de règle pour la durée optimale de sommeil, il est en revanche parfaitement démontré que la réduction du temps de sommeil est un facteur de risque de dépression. En cas d'insomnie, il faut réagir et ne pas laisser la situation se pérenniser.

La plupart du temps, il suffit de modifier son comportement et d'appliquer les règles élémentaires d'hygiène du sommeil : adopter un horaire régulier de lever et de coucher, même le week-end ; dormir selon ses besoins mais pas plus ; éviter les siestes ; limiter le bruit, la lumière et la température dans la chambre à coucher (maximum 18 °C) ; réduire les excitants (caféine, alcool, boissons stimulantes, etc.) ; modérer les activités favorisant l'éveil en fin de journée (exercice physique, utilisation de l'ordinateur) ; éviter les repas trop copieux le soir.

Si ce n'est pas suffisant, il peut alors être nécessaire de renforcer l'alternance veille-sommeil en se référant à ce que nous apprend la physiologie du sommeil et en s'appuyant sur des synchronisateurs externes pour restaurer l'association entre lit et sommeil. Cette technique est appelée « contrôle du stimulus ». Elle part de l'idée que c'est un conditionnement qui rend le sommeil impossible par une association inappropriée entre le lit et l'éveil. Ce conditionnement est, le plus souvent, secondaire à un trop long temps passé au lit sans dormir ou à des activités incompatibles avec l'endormissement.

Les consignes suivantes sont données au patient :

- aménager une période de transition entre veille et sommeil consacrée à des activités de détente calmes. En particulier, la lecture des mails professionnels est strictement à proscrire ;
- n'aller au lit que quand le sommeil est ressenti ;
- réserver le lit au sommeil à l'exclusion de toute autre activité (à l'exception de l'activité sexuelle) ;
- ne pas rester au lit en cas d'absence d'endormissement au bout de 15 à 20 minutes ;
- bien marquer le moment du réveil : douche, lumière forte, activité physique.

Ces consignes, maintenues de façon stricte pendant plusieurs semaines, restaurent souvent un sommeil de bonne qualité. Dans le cas contraire, on peut proposer une restriction du temps de sommeil. Cette dernière vise à provoquer un état de privation de sommeil pour majorer la pression de sommeil. Pour cela, on retarde chaque semaine de 15 minutes l'horaire de coucher en maintenant fixe l'horaire de lever et en interdisant les siestes. Cette diminution est maintenue jusqu'à l'obtention d'un sommeil de

bonne qualité. Une fois le résultat consolidé, la durée de sommeil peut être augmentée progressivement de 15 minutes en 15 minutes.

Cette technique très efficace risque, en début de traitement, d'induire une somnolence diurne. Il faudra alors prescrire un arrêt de travail.

### Hypnotiques

La prescription doit être rare et parcimonieuse. Ces médicaments cumulent les inconvénients, perdent leur efficacité au bout de quelques semaines en raison d'une accoutumance et exposent de plus à un risque de dépendance. C'est pour cette raison que la prescription de somnifères est officiellement, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, limitée à 4 semaines. L'intitulé de leur autorisation de mise sur le marché les réserve au traitement de l'insomnie transitoire et en aucun cas aux troubles chroniques du sommeil.

Ils modifient en profondeur l'architecture du sommeil et peuvent provoquer une somnolence résiduelle diurne ainsi que des troubles de la vigilance. L'arrêt d'un traitement ancien est souvent difficile et nécessite un suivi rigoureux et prolongé. De nombreux cas de toxicomanie avérée ont été décrits. Il est souhaitable d'avoir ces données à l'esprit si néanmoins on envisage une prescription, et la nécessité d'un arrêt rapide du traitement doit d'emblée être évoquée avec le patient.

## Alimentation

L'anorexie avec amaigrissement est un signe classique de dépression. Néanmoins, on observe parfois des prises de poids. Au-delà des troubles de l'humeur avec hyperphagie dont la fréquence reste anecdotique, cette prise pondérale est habituellement liée à du grignotage, les impressions de fringale faisant partie de la sémiologie de l'anxiété.

De nombreuses personnes cherchent à se réconforter quand elles vont mal en mangeant. Ce sont alors des aliments à forte charge calorique « pour tenir » ou sucrés, voire régressifs, « pour se consoler ». Ces comportements maintenus par des schémas permissifs, du type « Je peux bien me le permettre vu les difficultés que je traverse », doivent être expliqués au patient et fermement combattus. Ils peuvent à terme déstructurer en profondeur le comportement alimentaire.

Les problèmes induits par la prise d'alcool ne seront pas exhaustivement abordés. La prévention et le traitement de l'alcoolisme en milieu professionnel dépassent largement le cadre de cet ouvrage. Néanmoins, ce problème est majeur : on considère que 8 % des salariés sont alcoolo-dépendants et que 17 % sont buveurs excessifs. La plupart des entreprises sont confrontées à ce problème et, pourtant, très peu de DRH mettent en place une gestion préventive.

Ce produit, présenté à tort comme antidépresseur, est en réalité fortement dépressogène. Le sevrage alcoolique est un préalable nécessaire à l'instauration d'un traitement antidépresseur. Il permet souvent, à lui seul, d'obtenir un redressement de l'humeur.

La consommation quotidienne d'alcool ne doit pas dépasser deux verres pour une femme et trois verres pour un homme. La distinction entre alcool fort ou non est totalement inopérante. Un verre contient toujours la même quantité d'alcool : 25 cl de bière, 2,5 cl de whisky ou 12 cl de vin font absorber 9 à 10 g d'alcool.

## Alcool et travail

**Le Code du travail, rédigé au début du XX[e] siècle, reste marqué par son époque et fait preuve d'une extrême tolérance vis-à-vis de l'intempérance alcoolique. Il interdit l'introduction ou la consommation d'alcool au sein de l'entreprise à l'exception notable du vin, du poiré, du cidre et de la bière.**

**L'accès à l'entreprise est interdit à toute personne en état d'ébriété.**

**Seul le règlement intérieur de l'entreprise peut encadrer plus sévèrement la consommation d'alcool et éventuellement prévoir les modalités de contrôle de l'alcoolémie par éthylotests pour certaines catégories de salariés, mais en aucun cas pour l'ensemble des salariés.**

Une alimentation saine et variée fait partie des conduites actives de santé. Les règles sont désormais bien connues : réduire les graisses animales, favoriser les fibres alimentaires, les fruits, les légumes et les poissons, préférer les glucides complexes aux sucres simples. Le slogan du ministère de la Santé « Manger cinq fruits et légumes par jour » est utile mais insuffisant et souvent mal compris. Trois repas équilibrés, pris à horaires réguliers, sont nécessaires et suffisants. L'adulte en bonne santé n'a besoin ni de goûter ni de collation.

L'alimentation doit rester un plaisir et un moment de sociabilité. Le temps passé à manger n'est pas perdu. La diminution du temps de pause à midi au sein des entreprises, mais aussi des écoles, est une erreur manifeste non seulement sur le plan nutritionnel mais aussi sur le plan psychologique. Un déjeuner trop rapide ne permet pas de réguler son alimentation en fonction de ses sensations de faim ou de satiété. Il provoque une prise alimentaire, à l'estime pour « tenir », basée le plus souvent sur des aliments jugés nourrissant. Il ne laisse pas un temps suffisant au repos et à l'échange.

Idéalement, un repas devrait durer au minimum 30 minutes, ce que bien peu de restaurants d'entreprise permettent. Il devrait être constitué d'une succession d'aliments variés : le repère classique, entrée-plat-dessert, est idéal. Les différents mets permettent de réduire la quantité relative de chaque aliment et participe au plaisir gustatif. Un repas se prend assis à table, jamais debout devant un réfrigérateur ou un four à micro-ondes. Aucun aliment n'est interdit – un mille-feuilles a autant sa place dans l'alimentation qu'une salade de carottes – ; tout est fonction de mesure et de diversité. Les produits allégés sont en revanche à proscrire. Ils sont à l'alimentation ce que la bière sans alcool est au traitement de l'alcoolisme, une

tentation associée à une frustration régulière. Ils incitent de plus à majorer la ration alimentaire au prétexte que l'aliment est *light*.

La mode, ou plutôt la dictature, de la minceur a provoqué, ces dernières années, une véritable épidémie de troubles du comportement alimentaire (boulimie et hyperphagie boulimique). Les régimes restrictifs font partie du quotidien de la plus grande partie de la population, parfois depuis l'enfance. Outre le fait que ces régimes fassent tous prendre du poids à moyen terme, ils créent ou majorent une dysmorphophobie. Chaque personne a un poids d'équilibre, souvent bien éloigné de la représentation idéale véhiculée par des photos, retouchées, de mannequins anorexiques. Il existe des maigres et des ronds, comme il existe des petits et des grands. Aller à l'encontre de ce principe simple expose à de cruelles désillusions et mine l'estime de soi.

En Europe occidentale, il n'existe pas de carences alimentaires. L'alimentation quotidienne couvre l'ensemble des besoins en nutriments. Le magnésium est apporté par le chocolat, le calcium par les laitages, la vitamine C par les fruits et légumes, la vitamine A par les graisses, les omégas-3 par les poissons, etc. Le recours à des compléments alimentaires, à des complexes polyvitaminiques, à du tryptophane ou à du magnésium est inutile et ne sert qu'à enrichir quelques marchands peu scrupuleux.

### Les omégas-3 : le retour de la thériaque

**Ce sont des acides gras polyinsaturés faisant partie de ce qu'on appelle les acides gras essentiels, c'est-à-dire qu'ils doivent être apportés par l'alimentation. Ils ont été présentés récemment comme une panacée pour le traitement de la dépression. Cette affirmation n'est étayée par aucune étude scientifique et ne s'appuie sur aucun modèle psychopathologique sérieux. Une consommation régulière de poisson couvre les besoins de l'organisme sans nécessité de supplémentation. Les aliments enrichis en omégas-3 ne sont qu'un concept marketing.**

**Même l'indication pour la prévention cardiovasculaire semble discutable. Extrapolée à partir des résultats d'une population de patients carencés en omégas-3 elle n'est pas forcément applicable en population générale.**

Les réflexions menées ces dernières années sur l'alimentation négligent malheureusement le facteur temporel : manger nécessite pourtant du temps. Les cantines et réfectoires devraient être réaménagés afin de permettre de véritables pauses, et les notions de plaisir gustatif, de variété et de libre choix sont souvent absentes en restauration collective.

## Activité physique

L'activité physique régulière contribue à une bonne santé tant physique que psychologique. Il n'est nul besoin de devenir sportif de haut niveau. Les recommandations actuelles, pour la bonne santé physique, préconisent trois fois 30 minutes d'exercice physique par semaine. Le principe

est celui d'une activité physique de type aérobie (c'est-à-dire sollicitant la voie métabolique mobilisée à la suite d'un travail musculaire sur une période de temps soutenue). Au-delà d'un hygiénisme moralisateur très tendance dans les discours actuels de santé publique, il nous semble important de se réapproprier son corps et surtout de prendre du plaisir à pratiquer un sport, ce d'autant plus que la pratique régulière de l'exercice physique modifie les capacités de traitement de l'information. Des études récentes ont montré que la pratique de 30 minutes de vélo trois fois par semaine pendant 12 semaines modifie la taille de l'hippocampe et améliore les fonctions mnésiques chez des patients souffrant de schizophrénie (Pajonk et al., 2010). Toutes les activités sont bonnes à prendre – marche rapide, vélo, jardinage, etc.

Pour la prévention des troubles de l'humeur, il paraît préférable de trouver des loisirs actifs qui favorisent la socialisation. Il vaut mieux courir à plusieurs que seul, des cours de claquettes sont plus agréables avec des amis, l'ambiance des clubs sportifs est le plus souvent plaisante. En plus de la convivialité, l'effet groupe majore la motivation et permet de l'inscrire dans la durée. La pratique a des effets bénéfiques sur les symptômes dépressifs et sur la qualité de vie (Perraton et al., 2010).

La recherche de performance ou de dépassement n'est pas utile ; il faut au contraire favoriser plaisir, régularité et progressivité. L'Académie de médecine recommande de respecter les 3R (régulière, raisonnée, raisonnable) et une durée hebdomadaire de 2 heures et demie. Personnellement, je conseille à mes patients footing et natation en raison de la facilité de mise en œuvre, mais le judo, le golf ou le handball sont tout autant de bons choix.

La pratique en compétition n'est pas souhaitable, la recherche de résultats prenant le plus souvent le pas sur le plaisir. Les salles de sport ne sont pas non plus idéales : elles mettent en avant des activités pour rendre le ventre plat, améliorer le galbe du mollet, raffermir le postérieur… Où est passée la notion de plaisir, d'effort physique ? Probablement noyée dans une recherche de façonnage d'un corps idéal fantasmé et illusoire. Pour le dire de façon plus cognitive, il est plus opportun de favoriser la motivation intrinsèque que l'extrinsèque. Le surentraînement physique n'a pas de sens dans une démarche de santé active. Préparer un marathon ou s'entraîner pour le triathlon est assurément un beau projet, mais les risques de blessures, la fatigue et la focalisation sur cette activité obèrent fortement les éventuels bénéfices de cette démarche.

Plus globalement, bien que la sédentarité soit à proscrire, il faudra un jour évaluer les conséquences de l'activité physique. Les risques sont bien réels – morts subites, accidents cardiaques, surentraînement mais aussi tendinites, problèmes rhumatologiques, ainsi que de véritables dépendances au sport. Au risque de paraître iconoclaste, la balance bénéfice/risque ne semble jamais prise en compte. Les discours de santé publique sur l'alimentation ont manifestement créé une épidémie de troubles du comportement alimentaire ; qu'en est-il de la dictature du *jogging* ?

## Comportement social

L'isolement social est un facteur de risque pour de nombreuses maladies. Dans les maladies cardiovasculaires, son influence sur la morbidité est comparable à celle de l'obésité, de l'hypertension ou du tabagisme.

Les comportementalistes considèrent que la dépression est secondaire à la diminution des renforcements positifs. L'homme évolue dans un groupe social et a besoins de contacts. Les troubles de l'humeur provoquent un repli sur soi, des difficultés de communication, une peur des autres. Cet isolement majore la symptomatologie dépressive en raison de la raréfaction des renforcements qu'il induit.

Le monde du travail exacerbe ce problème et ne plus parler avec ses collègues entraîne très vite une marginalisation. La communication ne passe pas uniquement par les réseaux sociaux. Si LinkedIn ou Facebook permettent de garder le contact avec des amis éloignés ou de se sentir membre d'un groupe professionnel, ils n'exonèrent cependant pas de la nécessité d'échanger des banalités avec son entourage. Saluer les gens, sourire, faire preuve d'empathie, exprimer ses émotions, ses plaisirs, ses désillusions sont autant d'occasions de communiquer. Parler de la pluie et du beau temps, du rhume de la petite dernière ou du match de football de la veille permet de s'insérer dans le groupe. La conversation au quotidien ne nécessite pas de philosopher ou de défendre de grandes idées, mais impose une démarche active pour aller vers l'autre.

Créer ou renforcer un réseau relationnel prend du temps. C'est une démarche longue et pas forcément aisée qui nécessite disponibilité et ouverture d'esprit. Faire s'interpénétrer différents milieux provenant d'activités variées est une alchimie délicate. La première étape consiste à rencontrer de nouvelles personnes. Les syndicats, les associations professionnelles, les amicales d'école sont des terrains privilégiés pour constituer un réseau professionnel. Cependant, il faut les compléter par des investissements personnels. Pour cela, les mouvements caritatifs, les clubs sportifs ou les sorties culturelles sont irremplaçables. Mais le café du coin, une AMAP (association pour le maintien d'une agriculture paysanne) ou un parti politique peuvent remplir la même fonction. Le choix est large – Amnesty International, cours de salsa, club de boxe, troupe de théâtre amateur, amicale mycologique, Rotary, etc. Toutes les compétences sont les bienvenues dans le monde associatif. En revanche, il ne faut jamais accepter le bénévolat comme excuse à la médiocrité. Un investissement personnel doit toujours être de qualité.

Cela peut aussi se faire sur Internet : certains sites comme OVS (www.onvasortir.com), pour citer le plus classique, tentent d'optimiser les sorties et les rencontres.

Il est toujours utile de rappeler à nos patients les règles élémentaires et les techniques de communication :

- s'orienter vers les gens et sourire ;
- poser des questions ouvertes ;
- commencer par des banalités ;

- parler de soi ;
- exprimer ses émotions.

Ensuite, en fonction des affinités, il faut approfondir les échanges. Un réseau relationnel se cultive et s'entretient, ce qui demande de la disponibilité et de l'empathie. Pourquoi attendre que les autres vous sollicitent : téléphonez, prenez des nouvelles, proposez des activités. N'attendez pas qu'on vienne vers vous : la vie sociale nécessite d'être pro-actif. Mais ce qui fait l'intérêt du lien social n'est pas tant la quantité des contacts – il est inutile d'avoir de multiples amis sur Facebook –, mais la qualité de ces derniers. Manifestement, Jean-Paul Sartre s'est trompé, les autres sont indispensables.

## Gestion des émotions

Les émotions sont une modification des pensées, du comportement, des réponses physiologiques (accélération de la fréquence cardiaque, pâleur, etc.) et de l'expression secondaire à un événement marquant (Belzung, 2007). C'est Darwin (1872) qui a montré qu'elles ont une fonction adaptative. En effet, elles permettent une réponse automatique, immédiate aux sollicitations de notre environnement. Ainsi, la peur permet d'éviter le danger, et le dégoût nous incite à ne pas consommer des aliments avariés. Il existe des émotions positives ou négatives.

C'est René Descartes (1649), le père dualisme – la séparation entre le corps et l'esprit –, qui le premier a tenté de répertorier l'ensemble des passions de l'âme. Pour les auteurs contemporains, huit émotions primaires, universelles, peuvent être distinguées :

- acceptation ;
- anticipation ;
- colère ;
- dégoût ;
- joie ;
- peur ;
- surprise ;
- tristesse.

Cette liste est complétée par des émotions secondaires, d'origine culturelle, qui naissent ou qui découlent de la combinaison des primaires : euphorie, jalousie, adoration, ennui, etc.

D'un pays à l'autre, les émotions peuvent changer. La colère n'existe pas chez les Esquimaux, et en ilongot – une langue parlée aux philippines – elle a une connotation positive. Les Japonais décrivent l'amae qui est la crainte de dépendre de l'amour de l'autre. Les Espagnols évoquent le *verguenza ajena* qui est la réponse à un comportement inadéquat.

La prise en charge émotionnelle est délicate. Le but est de ne pas se laisser déborder mais d'arriver à relativiser ses émotions. Réprimer ses émotions, les fuir, les éviter, les refuser ne règlent rien : inexorablement, elles resurgiront avec plus de vigueur. Longtemps, il a été proposé de les exprimer dans

un cadre plus ou moins thérapeutique, mais ces différentes techniques de catharsis, sans efficacité démontrée, sont fort heureusement abandonnées aujourd'hui.

La philosophie antique évoquait l'ataraxie qui est l'impassibilité de l'âme acquise par la sagesse. Cette recherche pouvait se faire par différentes voies : la modération dans la recherche des plaisirs prônée par l'épicurisme, l'appréciation de la valeur exacte des choses dans le stoïcisme ou la suspension du jugement chère au scepticisme.

Les techniques actuelles de psychothérapie proposent d'identifier les émotions, de les explorer et de les accepter. Reconnaître ses émotions, critiquer les pensées et les croyances irrationnelles associées, permet de mieux les comprendre. Et non, crier ou pleurer ne soulage pas, et il n'est pas obligatoire d'être triste quand on a des soucis… Après avoir expliqué au patient la fonction adaptative des émotions, il sera possible de restructurer les pensées associées aux émotions. Par exemple, lors d'un échec professionnel comme la perte d'un important contrat, il est fréquent de ressentir de la colère, de la tristesse ou de la surprise. Ces sensations sont directement générées par des pensées négatives : « Perdre ce marché est une catastrophe », « Je suis un incapable », etc. Plutôt que de ressasser ces idées, il est préférable de s'interroger sur ce que la concurrence a proposé de différent et comment elle a obtenu le marché.

La dernière étape consiste à accepter ses émotions. Ce postulat repose sur le principe de l'habituation, classique en thérapie comportementale : en cas d'exposition prolongée, la réponse émotionnelle associée diminue puis disparaît. Les thérapies centrées sur les émotions ont fait de l'évitement émotionnel la base de leur modèle psychopathologique. S'exposer à ses émotions – au lieu de les fuir – permet d'apprendre à les gérer.

Cet aspect est bien résumé par la théorie de Barlow qui évoque une spirale émotionnelle (figure 10.1).

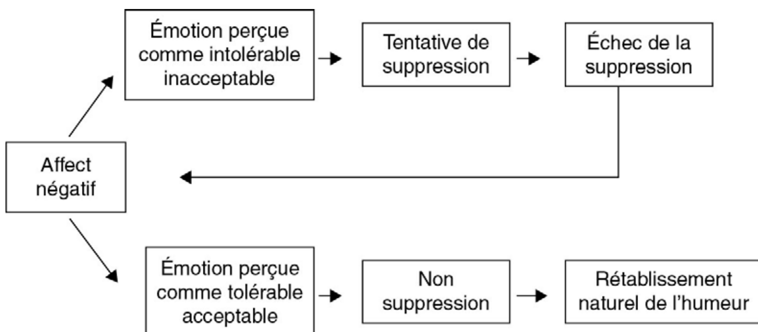



**Figure 10.1**
Modèle de la persistance de la détresse émotionnelle d'après Barlow (Barlow et Allen, 2007).

# 11 Le harcèlement professionnel

Le harcèlement professionnel est souvent évoqué dans le monde du travail. Ses conséquences sont importantes. Il est fortement délétère pour les salariés qui en sont victimes mais aussi préjudiciable à la bonne marche de l'entreprise. C'est de plus une cause courante de procédure judiciaire. Il est, à tort ou à raison, fréquemment évoqué dans les procédures de licenciement.

Une définition simple peut être énoncée comme suit : c'est une conduite qui porte atteinte à la dignité ou l'intégrité d'une personne et qui met en péril son emploi ou l'ambiance de travail. Le harcèlement professionnel se manifeste par des comportements, des gestes et des écrits dont le but est de détruire psychologiquement la victime. La volonté de nuire est manifeste. Le harceleur est le plus souvent porteur de troubles de la personnalité et cette violence psychologique à l'encontre de sa victime lui procure du plaisir. Marie-France Hirigoyen (1998), qui a beaucoup étudié cette question et popularisé ce diagnostic, parle de dimension perverse de la personnalité.

Ce harcèlement peut se manifester de différentes façons :

- **le travail est discrédité :** la victime n'a plus de travail, ou on lui confie des tâches absurdes ou humiliantes. Ce qui lui est demandé est sans rapport avec ses qualifications ou ce pourquoi elle avait été embauchée, que ce soit sous-qualifié ou très supérieur à ses capacités et donc irréalisable. On ne lui donne pas les moyens matériels d'exécuter son travail et on lui retire l'accès aux outils indispensables. Elle est privée de téléphone, d'Internet, de secrétariat, parfois même de bureau ;
- **la victime est isolée :** elle est mise à l'écart, ignorée. On ne lui parle plus, elle n'est pas conviée aux réunions et ne bénéficie pas des informations. Tout est fait comme si elle n'existait pas. Elle est calomniée, insultée, on se moque de ses particularités, de ses engagements, de ses goûts, de ses convictions, de sa sexualité. On lance des rumeurs à son sujet. Sa reconnaissance sociale est détruite ;
- **l'expression est impossible :** la victime n'est pas écoutée, on ne répond pas à ses questions. Son avis n'est jamais sollicité et son expertise n'est jamais demandée. Si elle prend la parole, on l'interrompt ; elle est raillée, tournée en ridicule, victime de quolibets, voire injuriée ;
- **sa santé est compromise :** on la contraint à des travaux dangereux ou inutilement exposés ; son poste de travail n'est pas adapté. Les avis de la médecine du travail ne sont pas suivis. Elle est menacée, et cela peut aller jusqu'à des agressions physiques.

Le but est de faire mal, de discréditer, d'isoler, de brimer, de rabaisser, de pousser à la faute. La répétition et la systématisation de ces conduites conduisent à des troubles psychologiques majeurs : perte de l'estime de soi,

dépression, suicide. Souvent, la victime n'est plus consciente de ces agissements et se croit responsable de ce qui lui arrive.

Ce harcèlement n'est pas uniquement, comme c'est souvent décrit, le fait d'un petit chef envers un subordonné. Il peut toucher tous les échelons de la hiérarchie et exister dans n'importe quel sens. Une secrétaire peut harceler son patron, comme un salarié peut s'en prendre à son alter ego.

Un harcèlement devient parfois collectif, bien qu'il soit initié à la base par une seule personne, et tout le groupe s'en prendra à la personne qui se retrouve en position de « tête de turc » de l'entreprise. Cette situation survient surtout dans les sociétés où l'appartenance au groupe, l'esprit de corps, est très marquée.

L'identification de ce mécanisme est primordiale. En effet, la réponse est spécifique, impose la séparation des protagonistes et passe par une procédure judiciaire. Le Code du travail punit sévèrement de tels agissements et de nombreuses entreprises ont établi des chartes anti-harcèlement. L'expérience prouve malheureusement que, trop souvent, les faits sont connus, le harceleur identifié mais qu'aucune mesure n'est prise. Ce type d'agissements est encore toléré par certaines entreprises qui préfèrent occulter le problème plutôt que de se lancer dans des procédures judiciaires jugées complexes. Les collègues de la victime sont souvent muets et choisissent de ne rien voir par crainte de se retrouver à leur tour harcelés. Les rôles sont pourtant clairs : c'est au médecin de protéger la victime et au service des ressources humaines de sanctionner le harceleur.

## Que faire en cas de harcèlement ?

- **Rompre l'isolement de la victime.**
- **Aviser la médecine du travail.**
- **Informer les délégués du personnel.**
- **Proposer un arrêt de travail en sachant que de nombreux médecins refusent d'en délivrer sous prétexte que le harcèlement n'est pas un problème médical. Dans ce cas, insister ou changer de médecin.**
- **Solliciter un avis dans un service de pathologie professionnelle.**
- **Si une procédure judiciaire est envisagée, consulter un avocat spécialisé.**

Les médecins traitants sont souvent sollicités pour établir un certificat de harcèlement. Cela leur est toutefois impossible, un médecin ne pouvant attester que ce qu'il a lui-même constaté. En outre, le harcèlement n'est pas une maladie. En revanche, il peut décrire les troubles du patient, sa symptomatologie et relater le lien que le patient fait avec sa vie professionnelle.

C'est à la justice d'établir les faits et le cas échéant de les sanctionner.

Il s'agit d'un sujet sensible et la tentation est grande de réduire l'ensemble des difficultés relationnelles de l'entreprise à un problème de harcèlement.

C'est loin d'être le cas. Toute critique n'est pas la preuve d'un harcèlement. La vie professionnelle expose à des conflits et à des réprimandes plus ou moins justifiées. Certains managers sont porteurs de troubles de la personnalité, violents, impulsifs, narcissiques, et leur conduite se répercute sur leur façon de gérer des équipes. D'autres n'ont pas bénéficié d'une formation adaptée à leurs fonctions : diriger un service ou une entreprise est un métier qui nécessite un apprentissage.

Le management par le stress existe, les violences psychologiques aussi. Critiques permanentes, ordres contradictoires, non-reconnaissance du travail accompli, conflits interpersonnels, « mises au placard » et pression temporelle sont le lot de nombreuses entreprises. On peut le déplorer, mais ce n'est pas du harcèlement – simplement un mauvais management. Ce qui fait le harcèlement est la dimension perverse du comportement, la volonté de nuire, de détruire et le plaisir qui en découle.

Quatre questions simples permettent de faire la part des choses entre harcèlement moral et un management médiocre (Légeron, 2001) :

- **suis-je la seule personne concernée ?** Si la réponse est oui, il se peut que vous soyez victime d'un harcèlement moral. Si elle est négative et que l'ensemble des collaborateurs souffrent, il s'agit probablement d'un management par le stress ou d'une personnalité difficile ;
- **quelle est l'attitude de mon supérieur quand j'obtiens de bons résultats ?** Les managers par le stress sont ravis. Au contraire, les harceleurs sont habituellement déstabilisés ;
- **les autres managers se comportent-ils de la même façon ?** En cas de réponse positive, ce n'est ni du harcèlement ni un trouble de la personnalité de votre chef, mais bien un mode de fonctionnement de l'entreprise ;
- **comment se comporte mon chef dans sa vie privée ?** Si son comportement est le même avec ses amis ou sa famille, ce n'est sûrement pas du harcèlement, mais un type de comportement lié à sa personnalité.

## *Cas clinique*

Peter, 45 ans, a toujours été très investi dans son travail d'ingénieur. Pourtant, quand il est venu consulter, il souhaitait changer de métier. Anxieux, insomniaque, amaigri, il avait perdu toute confiance en lui. Par petites touches, son supérieur lui avait retiré toutes ses responsabilités techniques. On lui reprochait son manque de ponctualité le matin alors qu'il travaillait plus de 50 heures par semaine, des dossiers lui étaient retirés, il était informé à la dernière minute des réunions qui concernaient ses clients… Après plusieurs mois de ce traitement, il souffrait de dépression et les troubles cognitifs induits par la maladie provoquaient un manque de fiabilité qui semblait justifier les préventions de son directeur.

La prise en charge a associé un arrêt de travail prolongé et des antidépresseurs, mais c'est surtout l'action du DRH qui a permis un retour au travail dans de bonnes conditions. Son harceleur a depuis été licencié.

## Cyber-harcèlement

Une nouvelle forme de harcèlement se développe actuellement. Il est basé sur des courriels répétitifs, des propos injurieux dans les forums de discussion, la propagation de rumeurs sur le Net, la diffusion de photos ou de vidéos intimes, des commentaires désobligeants sur la vie privée, etc. On observe même des usurpations d'identité sur les réseaux sociaux. Ces agissements sont plus fréquents dans la vie privée mais existent aussi dans le champ professionnel ; ils peuvent être le fait de collègues, de concurrents ou de parfaits inconnus.

La prévention du cyber-harcèlement passe par le respect de quelques règles simples :

- ne jamais communiquer son mot de passe de messagerie ou ses identifiants de réseau (comme pour un code de carte bleue) ;
- utiliser des adresses mail distinctes pour sa vie privée et sa vie professionnelle ;
- ne pas rester connecté aux réseaux sociaux ou professionnels si l'on s'éloigne de son ordinateur ;
- ne pas donner suite à des messages dont on ne connaît pas l'auteur (et ainsi valider l'adresse Internet) ;
- ne pas répondre à un mail injurieux et prendre le temps pour répondre à un courriel qui vous a mis en colère. Il est inutile d'entrer dans une escalade agressive symétrique.

En cas de harcèlement avéré, il est possible de s'adresser au modérateur du site ou de contacter le fournisseur d'accès du harceleur pour bloquer son compte.

# 12 La violence

Les incivilités, l'agressivité et la violence augmentent régulièrement dans la vie quotidienne. Cette évolution se retrouve de la même façon dans la vie professionnelle. Une enquête menée en médecine du travail auprès de 25 000 salariés a montré qu'une personne sur quatre estimait avoir subi au moins une fois dans le passé un comportement hostile sur son lieu de travail et que 17 % considéraient y être confrontés dans leur emploi actuel (Bue et Sandret, 2008). Cette violence existe aussi bien entre usagers et professionnels, qu'entre collègues ou avec la hiérarchie de l'entreprise. Des études de la DARES ont montré une corrélation importante entre violence en entreprise et troubles de l'humeur.

Définir la violence en entreprise n'est pas aisé. Il faut admettre qu'il y a violence chaque fois qu'une personne se sent humiliée, intimidée, menacée ou agressée dans son travail. Cependant, on considère de la même façon qu'il y a violence quand la personne ressent un risque pour sa santé, sa sécurité ou son bien-être. Ainsi, la pénibilité physique du travail, l'exposition à des températures extrêmes, les horaires ou les rythmes de travail, le manque de moyens et de formations sont des facteurs de violence, tout comme l'absence de reconnaissance du travail effectué.

Il existe des comportements méprisants, menaçants ou abusifs, des excès verbaux – colère, insultes, langage condescendant –, des menaces orales ou écrites, des agressions. Tous les secteurs d'activité ne sont pas touchés de la même façon et certaines fonctions sont à haut risque, en particulier celles qui impliquent un contact avec le public, l'application de règlements et la détention d'espèces ou d'objets de valeur. Les travailleurs sociaux et le personnel de nuit sont plus exposés que d'autres aux agressions. La prévention, dans ces cas, passe par une conception adaptée du cadre de travail et une organisation spécifique des tâches.

Les grandes entreprises sont plus touchées que les petites. L'absence de soutien social majore la fréquence de survenue des comportements hostiles. Ce sont les femmes et les travailleurs les moins qualifiés qui sont le plus exposés.

L'employeur est tenu à une obligation légale de sécurité vis-à-vis de ses employés. Il doit, à ce titre, mettre en œuvre tous les moyens adéquats pour garantir leur intégrité physique et leur dignité. Très peu de salariés sont au courant des mesures dont ils pourraient bénéficier et des sanctions possibles en cas de violence.

Les conséquences sur la santé sont importantes : dépression, état de stress post-traumatique, alcoolisation, prise de médicaments psychotropes, accroissement du tabagisme. Cette violence induit des arrêts de travail souvent prolongés et est facteur de désinvestissement professionnel. Par l'appréhension qu'elle engendre, elle provoque des troubles cognitifs (mémoire, concentration, etc.) et nuit à la qualité du travail, donc à la fiabilité.

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

## Comment agir

La prévention est la meilleure solution. Elle passe par l'identification des signes avant-coureurs : remarques négatives, petits incidents, comportements inappropriés. Ces situations peuvent facilement dégénérer même si, le plus souvent, elles sont spontanément résolutives. Il est préférable d'anticiper, de réagir précocement, plutôt que d'avoir à gérer une situation de crise. Cette prévention passe par la sollicitation des collègues et l'information de la hiérarchie.

En cas de violence avérée physique ou verbale, il est indispensable de ne pas répondre, de garder son calme, d'éviter une escalade symétrique de l'agressivité et de tenter de désamorcer la crise. Il est nécessaire de signifier immédiatement à son interlocuteur que son comportement est inacceptable. Il ne faut pas rester isolé et demander l'aide de ses collègues – le changement d'interlocuteur est souvent un facteur apaisant. La hiérarchie et la médecine du travail doivent rapidement être informées. Une déclaration en accident du travail sera toujours effectuée, même en l'absence de traumatisme physique pour préserver les droits de la victime. La verbalisation immédiate est importante. La personne agressée doit pouvoir parler de l'événement dans un premier temps avec ses collègues mais aussi avec son supérieur hiérarchique direct. Un entretien avec le médecin du travail est souhaitable dans les meilleurs délais. C'est en revanche le médecin traitant qui jugera de la nécessité d'un arrêt de travail et de l'opportunité d'un suivi spécialisé. Le cas échéant, c'est ce dernier qui rédigera le certificat initial d'accident du travail. En l'absence de réponse adaptée de l'employeur, il faudra saisir l'inspection du travail.

Certaines entreprises proposent un service d'aide et d'accompagnement pour les victimes. Il ne faut pas hésiter à y recourir. C'est un lieu d'expression et de compréhension, qui offre en outre une assistance pour les démarches administratives, médicales et judiciaires qui sont parfois nécessaires.

### Que faire en cas d'agression ?

- **Séparer les protagonistes.**
- **Dire calmement mais fermement à l'agresseur que son comportement est inacceptable.**
- **Ne jamais réagir de façon violente.**
- **Noter le nom des témoins.**
- **Informer les collègues et la hiérarchie.**
- **Aviser le CHSCT.**
- **Prévenir la médecine du travail.**
- **Déclarer l'agression en accident du travail.**

L'agresseur peut aussi être un collègue. Dans ces conditions, l'employeur doit normalement sanctionner l'auteur des voies de faits. Il a l'obligation de tout mettre en œuvre pour que les violences ne soient pas réitérées : licenciement, mutation, changement d'horaires de travail afin que les protagonistes ne se côtoient plus. Toutefois, le plus important est la sensibilisation des salariés au respect du travail de l'autre. Il semble aussi opportun

de préciser dans le règlement intérieur que les comportements violents, physiques ou psychologiques, seront strictement sanctionnés. Cela est une obligation pour les problèmes liés au harcèlement moral ou sexuel, mais n'a pas été prévu par le législateur pour les faits de violence.

## Conséquences

Au décours immédiat d'une agression, on peut observer une réaction de choc : anxiété massive, stupeur, agitation, mutisme, tremblements. Cette phase est normalement rapidement résolutive. Elle nécessite une prise en charge fondée sur une présence rassurante et une verbalisation simple de l'événement. C'est idéalement le médecin ou l'infirmière du travail qui seront sollicités pour ce traitement.

Les conséquences à moyen et long terme d'une agression dépendent du type de violence et de la réponse de l'entreprise. Une évolution vers un état de stress post-traumatique, plusieurs semaines après les faits, n'est pas prévisible et reste toujours possible. Le débriefing psychologique longtemps préconisé pour prévenir cette évolution peine à montrer son efficacité. L'implication de l'entreprise par l'accompagnement de la victime, la reconnaissance de l'agression et du traumatisme psychologique, et le renforcement des mesures de prévention semblent en revanche représenter un facteur de protection.

L'entourage de la victime, en particulier les collègues qui ont assisté à l'événement, peut aussi être touché. Dans les cas les plus graves, les témoins de l'agression peuvent eux aussi développer un état de stress post-traumatique.

Il est souhaitable d'organiser une réunion pour parler de cette agression et envisager des mesures de prévention. La répétition de ce type de problème provoque une dégradation du climat social de l'entreprise. On observe alors une augmentation de l'absentéisme et une démotivation des salariés qui se traduit par une diminution de la productivité et de la fiabilité. En l'absence de réponse adaptée, la pérennité de l'entreprise peut être remise en cause.

### *Cas clinique*

Caroline, jeune médecin, avait été agressée par un patient à coup de cutter lors d'une consultation hospitalière. Fort heureusement, ses lésions physiques étaient sans gravité et n'ont pas entraîné de séquelle. Elle est venue consulter en raison de troubles anxieux bien compréhensibles. La prise en charge psychothérapique a permis une sédation rapide de l'angoisse ; Caroline a repris le travail et a manifestement bien digéré ce sinistre épisode de sa vie professionnelle.

J'ai en revanche été sollicité 6 mois plus tard par une infirmière du même service. Elle souffrait d'une dépression franche et reliait son état à cette agression dont elle avait été témoin. J'ai appris par le médecin du travail que son cas n'était pas isolé. En effet, les responsables du service hospitalier, rassurés par la guérison rapide de Caroline, avaient considéré que l'agression était secondaire à son manque d'expérience et n'avaient rien modifié dans l'organisation du service. Le personnel soignant avait été très fragilisé et plusieurs personnes demandaient leur mutation.

# 13 Le stress

Le stress est la réponse physiologique de l'organisme pour s'adapter aux sollicitations de l'environnement. Il a été décrit dans les années 1930 par Hans Seyle, un chercheur canadien d'origine hongroise. C'est cette réaction qui nous permet de faire face aux contraintes, aux exigences, aux modifications et aux agressions de notre milieu (Seyle, 1956). Cette fonction d'adaptation indispensable passe par trois phases :

- **une phase d'alarme :** elle correspond à la mise en contact avec la situation stressante. L'organisme répond par une décharge adrénergique qui provoque la symptomatologie classique du stress aigu (tachycardie, tachypnée, sueurs, etc.). Cette sécrétion d'adrénaline par les glandes médullosurrénales est contrôlée par l'hypothalamus. Elle redistribue la circulation sanguine pour apporter plus d'oxygène aux muscles et au cœur, et prépare l'organisme à réagir ;
- **une phase d'endurance :** quand la situation se prolonge, des mécanismes se mettent en place pour résister. Ce mécanisme d'adaptation et de défense permet à l'organisme de tenir. Il est lié à la libération par les glandes corticosurrénales de cortisol, ce qui augmente la glycémie pour apporter l'énergie nécessaire. Ce mécanisme est, lui aussi, régulé par l'hypothalamus et peut être freiné par des mécanismes de rétroaction ;
- **une phase d'épuisement :** si la situation persiste ou si l'intensité du stresseur est trop importante, les capacités d'adaptation de l'organisme peuvent être dépassées. L'organisme ne répond plus aux sollicitations de l'environnement et on observe un effondrement psychologique. L'organisme est en permanence activé jusqu'à l'épuisement.

Cette réaction de stress est à la fois physique et psychologique. Elle permet la mobilisation du corps par la libération d'hormones. Cette réponse est soit adaptée et permet la fuite, voire le combat, soit inadaptée et provoque une sidération ou une panique. La dimension psychologique passe par l'activation d'émotions et sert à évaluer la situation et les capacités du sujet pour faire face. Ces stratégies d'adaptation sont appelées *coping* par les scientifiques.

Cette réaction de stress est de plus en plus fréquente. La plupart des études épidémiologiques estiment que 30 % des salariés de l'Union européenne ont un niveau de stress trop important. Il est classique de rattacher cette augmentation du stress à la dégradation des conditions de travail. Cela peut paraître paradoxal alors que ces dernières semblent plutôt s'améliorer. Quoi de commun entre les usines d'aujourd'hui et les ateliers du XIXe siècle ? Les mines, les entreprises insalubres et les emplois répétitifs dénués de sens ont quasiment disparu en Europe occidentale, et les horaires de travail ont été allégés. Les contraintes physiques ont diminué mais sont remplacées par des stresseurs plus insidieux : la recherche de performance et de compétitivité. La lutte contre le temps est omniprésente. Les nouveaux outils de

communication (téléphones portables, Internet, courriels) imposent une réactivité immédiate et rendent caducs, pour de nombreux salariés, les accords sur la diminution du temps de travail.

Le stress professionnel est en grande partie lié à des facteurs organisationnels et une action préventive est indispensable au sein de l'entreprise. Elle sera idéalement menée avec l'aide d'un cabinet spécialisé qui réalisera un audit de stress, proposera des formations adaptées et évaluera les possibilités de modifier les principaux stresseurs. Cependant, des facteurs individuels existent : nous ne sommes pas tous égaux pour gérer les situations difficiles. Notre réponse au stress dépend de notre évaluation subjective du stresseur et des ressources que l'on peut mobiliser pour y faire face. C'est ce qu'on appelle la double évaluation, résumée par la figure 13.1 (Lazarus et Folkman, 1984).

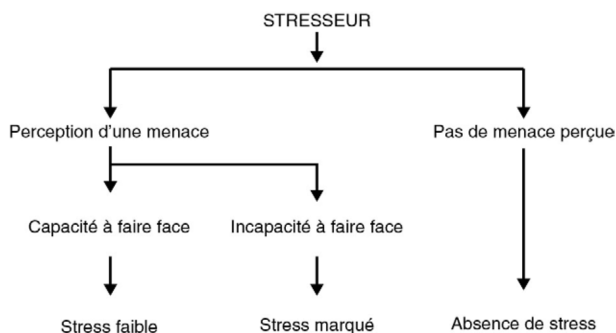



**Figure 13.1**
La double évaluation.

# 14 Les personnalités difficiles

La vie professionnelle nous confronte quotidiennement à des conflits avec nos collègues. Il ne s'agit pas de violence ou de harcèlement, mais simplement des aléas liés à la cohabitation quotidienne avec des personnes que nous n'avons pas choisies. Sans aborder les problèmes de compétition ou de lutte interne, très présents dans le monde de l'entreprise et majorés par la mode de l'évaluation individuelle des performances, les relations interpersonnelles sont difficiles. Les tracas du quotidien, les conflits de valeur, les enjeux de pouvoir sur des aspects secondaires de la vie professionnelle minent la vie quotidienne. Ces difficultés sont le plus souvent surmontées au prix de quelques frustrations vite oubliées, et ne diffèrent pas des contraintes habituelles de la vie en société.

Toutefois, incontestablement, il existe des collègues plus difficiles à supporter que d'autres. Ils ont des traits de caractère rigides, des systèmes de valeurs éloignés de ceux attendus dans la culture de l'individu, des relations aux autres surprenantes. La logique ou le bon sens ne permettent pas de comprendre leur lecture des événements et leurs réactions. Vivre au quotidien avec eux est difficile, les querelles habituelles et souvent incompréhensibles. On utilise fréquemment, pour les qualifier, le terme de personnalités difficiles. En pratique, ce sont des individus porteurs de troubles de la personnalité.

La personnalité est un ensemble stable de comportements, de pensées et d'émotions en réaction aux sollicitations de l'environnement qui caractérise chaque individu. Elle s'organise pendant l'enfance. Son développement est fonction de facteurs génétiques, environnementaux et éducatifs. Nous avons tous un système de valeurs, de croyances, de pensée et de réaction aux événements qui nous caractérise. Ce système est plus ou moins cohérent mais permet de définir différents types de personnalité en fonction de grands facteurs. Actuellement, on utilise cinq données :

- l'ouverture aux expériences *versus* le dogmatisme : originalité, goût de l'art ou de l'aventure, imagination, curiosité ;
- le besoin de contrôle par opposition à la spontanéité : caractère consciencieux, fiabilité, adhésion aux normes et aux contraintes ;
- l'extraversion ou l'introversion : enthousiasme, vivacité, recherche des autres ;
- l'altruisme ou au contraire le retrait social : caractère agréable, compatissant et coopératif ;
- le neuroticisme ou *a contrario* la stabilité émotionnelle : tendance à éprouver des affects négatifs.

Ce modèle empirique des cinq traits de la personnalité est appelé OCEAN. Cet acronyme rappelle les différentes dimensions utilisées pour cette classification. Il existe manifestement une continuité entre personnalité normale

et pathologique ; c'est un modèle dimensionnel et non pas catégoriel. On ne parle de trouble que si cette modalité de percevoir et de penser son environnement est suffisamment rigide ou inadaptée pour entraîner une souffrance marquée ou une altération significative du fonctionnement social et professionnel.

## Les personnalités pathologiques

La classification du DSM-IV-TR décrit, comme catégories distinctes, dix grands types de personnalité pathologique. Le diagnostic est posé lorsque certains critères diagnostiques spécifiques à chaque trouble sont présents. C'est une approche catégorielle qui s'appuie sur un modèle syndromique.

### Personnalité paranoïaque

C'est un mode général de méfiance soupçonneuse à l'égard des autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes. Ces individus ont du mal à se confier à autrui ou nouer des relations proches. Ils sont froids et rancuniers, dépourvus d'humour et d'empathie. Des faits mineurs ou un manque d'égard provoquent des réactions hostiles majeures et durables. Ils perçoivent facilement des attaques contre leur personne auxquelles ils réagissent par la colère ou la contre-attaque. Le désir de vengeance est omniprésent. Leurs schémas de pensée les incitent à toujours être sur leurs gardes : les autres sont des ennemis potentiels.

Ils ont souvent une capacité de travail importante, mais leur incapacité à faire confiance aux autres, à déléguer, en fait de mauvais animateurs d'équipe. Ils induisent une ambiance de travail lourde et pénible.

### Personnalité histrionique

C'est une quête d'attention excessive. Ces sujets ne se sentent pas appréciés quand ils ne sont pas au centre de l'attention d'autrui ; ils cherchent à impressionner. La réalité est souvent transformée, enjolivée. Ils sont suggestibles. Le comportement social est fondé sur la séduction, et le besoin de plaire omniprésent. L'expression émotionnelle est exagérée, théâtrale et labile. L'image qu'ils donnent d'eux est importante, leurs toilettes et leur maquillage sont très investis et souvent voyants, si ce n'est provocants. Ils expriment leurs opinions avec beaucoup de fougue et de panache mais sans argument. Ils gèrent très mal les frustrations – un refus est immédiatement interprété comme un désaveu, comme un signe de désamour. Ce sont des collègues peu fiables, changeants et imprévisibles.

### Personnalité narcissique

Ce sont des personnes persuadées de leur importance, de leur grandeur. Elles apparaissent comme vantardes et prétentieuses. Persuadées de leur importance, elles s'attendent systématiquement à un traitement de faveur. En revanche, elles ont une estime d'elles-mêmes très fragile et ont besoin

d'être admirées pour se rassurer. Elles manquent cruellement d'empathie et sont souvent arrogantes, méprisantes et hautaines. Elles ont une froideur émotionnelle et un manque d'intérêt marqué pour autrui. Elles ont une ambition très forte mais leur intolérance à l'échec et à la frustration les empêche souvent de prendre des risques.

Leur besoin d'être admirées rend difficile leur intégration dans une équipe. Seule leur image prévaut, elles se désintéressent des efforts de leurs collègues. Froides, arrogantes, hautaines, elles dévalorisent la contribution des autres.

## Personnalité évitante

Elle se traduit par une hypersensibilité au jugement des autres. Ces individus ont une très faible estime d'eux-mêmes et craignent le rejet. Ils sont inhibés, solitaires et timides. Ils sont considérés comme gauches et craignent les contacts interpersonnels. Ils évitent de nombreuses situations sociales de peur de ne pas être à la hauteur. Ils sont hypersensibles à la critique et interprètent de nombreuses situations comme étant un signe de désapprobation ou de désaveu. Ils redoutent le risque et les responsabilités.

Dans le milieu professionnel, leur attitude crispée et craintive provoque railleries et quolibets. Leurs évitements des situations sociales peuvent porter préjudice à la bonne marche de l'entreprise.

## Personnalité dépendante

C'est la certitude d'être incapable de fonctionner sans aide. Ces sujets sont passifs, ne prennent ni décision ni initiative. Ils laissent les autres assumer les responsabilités et sont incapables de dire non de peur de pas être soutenus ou acceptés. Ils se plient à toutes les demandes et sont prêts à faire des sacrifices de crainte d'être abandonnés. Ils évitent les postes à responsabilités, acceptent d'être dominés et subissent sans broncher les mauvais traitements. Ils se rabaissent et prennent les critiques et les désaccords comme preuves de leur incapacité.

Leur fonctionnement professionnel est entravé par leur incapacité à prendre des initiatives. Ils sont incapables d'occuper un poste à responsabilités et la moindre prise de décision induit une anxiété massive.

## Personnalité obsessionnelle compulsive

Ce type de personnalité est parfaitement adapté à la société actuelle. Très investis dans leur travail, ces individus négligent les loisirs et les relations interpersonnelles. Ils sont préoccupés par l'ordre, la perfection, l'honnêteté et les économies. Toutefois, leur goût du contrôle, leur nécessité de tout maîtriser et l'application méticuleuse des règlements les font s'égarer dans les détails. Leur perfectionnisme leur fait perdre beaucoup de temps et ils négligent l'essentiel au profit de la forme. Les délais ne sont jamais respectés. Incapables de déléguer, ils insistent pour que l'on fasse les choses à leur manière. Ils manquent de souplesse et ne peuvent pas accepter les compromis.

Ils sont rigides, entêtés, se fâchent facilement, mais leur courroux s'exprime le plus souvent sous forme de ruminations. Ils ont des principes et n'en démordent pas. Ils ne montrent jamais leurs émotions et sont mal à l'aise avec les personnes très expressives. Leurs schémas de perfection leur font redouter l'erreur.

Ils idéalisent l'autorité à laquelle ils se soumettent respectueusement tout en voulant l'imposer aux autres. Ils ne savent pas complimenter ou féliciter.

## Personnalité schizoïde

Elle est caractérisée par une incapacité à développer des relations proches. Le plus souvent célibataires, ces sujets sont détachés de tout – indifférents aux critiques comme aux éloges – et donnent l'impression de ne pas avoir d'émotions. Ils ne sont pas concernés par ce que les autres pensent d'eux et ne réagissent pas aux signaux sociaux qu'ils ne comprennent pas. Ils sont impavides, froids, distants, avec une façade lisse. Au niveau professionnel, ils ne s'épanouissent que dans des tâches solitaires. Leur existence semble dénuée de but et ils donnent parfois l'impression d'être à la dérive.

## Personnalité schizotypique

Elle est caractérisée par une inadaptation généralisée aux compétences sociales et des comportements bizarres. Ces individus ont des idées étranges, proches du délire (idées de référence, croyances étranges, perceptions inhabituelles, etc.). Ils sont méfiants et ont l'impression d'être menacés. Ils ressentent la relation avec autrui comme un problème et préfèrent rester solitaires. Ils sont excentriques et présentent une anxiété massive en situation sociale due à des craintes persécutoires.

## Personnalité borderline

C'est un mode général d'instabilité dans les relations interpersonnelles avec impulsivité. Les sujets ont une hypersensibilité au rejet et vivent des situations banales comme des preuves d'abandon. Ils ne supportent pas la solitude et ont un sentiment chronique de vide. On observe une réactivité marquée de l'humeur associée à des colères intenses et inappropriées. Ils sont impulsifs et présentent fréquemment des comportements d'automutilation ou des gestes suicidaires. Leurs relations sont très intenses, passant par des positions extrêmes d'idéalisation ou de dévalorisation. Les pertes d'emplois, les abandons d'études, les modifications de carrière et les échecs conjugaux émaillent leur parcours.

## Personnalité antisociale

Ce sont des individus qui ne se conforment pas aux règles sociales. Ils sont irritables et agressifs et se retrouvent souvent impliqués dans des rixes ou des agressions. Leur impulsivité les empêche de planifier ou de se projeter dans l'avenir. Ils ont des démêlés réguliers avec la justice (vols, violence, toxicomanie, etc.). Ils ne se préoccupent pas de leur sécurité ou de celle

d'autrui. Tromper leur procure du plaisir, ce qui les conduit à mentir, utiliser des fausses identités ou monter des escroqueries ; ils considèrent les autres comme des proies. Leur irresponsabilité leur interdit d'assumer un emploi stable. Ils n'ont pas de remords et sont totalement indifférents à la souffrance de leurs victimes.

Leur comportement au travail est irresponsable. Cependant ils peuvent, dans certaines circonstances, être charmeurs, séducteurs, avec la parole facile. Leur manque total d'empathie empêche de nouer une relation équilibrée avec eux.

### *Cas clinique*

Pierre, la quarantaine finissante, aime montrer sa réussite. Dirigeant d'entreprise, toujours élégant, il exhibe facilement les derniers gadgets high tech et les signes extérieurs de richesse. Il était venu consulter en raison d'une dépression modérée dont le traitement a été aisé. Pendant la thérapie, il a rapidement identifié comme facteur de maintien du trouble de l'humeur ses relations difficiles avec son principal collaborateur. Il le décrit comme effacé, méticuleux, constamment envahi par le doute. Il vérifie tout et fait appliquer les consignes et le règlement de la façon la plus stricte. Bien que précieux pour la bonne marche de l'entreprise au quotidien, Pierre ne le supportait plus. Cette animosité semblait d'ailleurs réciproque et se répercutait sur l'ambiance globale de travail.

Un travail psychothérapique fondé sur l'amélioration des capacités relationnelles, l'expression des émotions et les notions de renforcement a permis de renouer le dialogue entre les deux hommes. Les affects dépressifs de Pierre ne sont plus qu'un mauvais souvenir. L'entreprise a conquis de nouveaux marchés, et le DRH a récemment souligné la diminution de l'absentéisme chez les employés.

## Comment gérer les personnalités difficiles

Imaginer changer ses collègues est une gageure. Le principe de base de la gestion des personnalités difficiles est de savoir prendre suffisamment de recul pour cohabiter harmonieusement. Il n'est nul besoin d'être aimé ou admiré sur son lieu de travail. Il faut en revanche être capable de dire non et d'assumer ses choix. Il est souhaitable d'être courtois, compétent et aimable. C'est pour votre professionnalisme que vous serez reconnu et respecté, non pas pour l'affectif que vous mettrez dans vos relations. On entend encore trop souvent des phrases du type : « C'est bien pour vous que je le fais. » Non, une tâche est effectuée parce qu'on est payé pour l'effectuer et pour la satisfaction du travail bien fait, pas pour des motifs personnels.

Il est souvent plus facile de ne pas développer de relations extraprofessionnelles avec ses collègues. La barrière entre vie privée et vie professionnelle risque sinon d'apparaître bien ténue.

C'est aussi la diversité et la richesse des engagements, la variété des activités de loisirs, la qualité des investissements affectifs et le développement

de son réseau relationnel tant social qu'amical qui permettent de prendre du recul et de mieux affronter les difficultés et les aléas de la vie professionnelle.

Face à un collègue avec lequel les relations sont difficiles, il ne faut pas hésiter à se servir de l'expérience des autres. Il s'agit alors de demander conseil aux autres salariés de l'entreprise, à ceux qui le connaissent bien et depuis longtemps : comment font-ils ? Comment gèrent-ils les situations tendues avec lui ? Demander de l'aide, évoquer son incompréhension ne sont jamais des signes de faiblesse mais bien au contraire le marqueur d'une volonté de résoudre les problèmes. Ce sont les personnes qui manquent de confiance en elles qui craignent de parler de leurs difficultés.

## Gérer les personnalités difficiles

- **Ne pas mettre d'affectif dans la relation.**
- **Ne pas chercher à plaire.**
- **Refuser les demandes infondées ou exagérées.**
- **Refuser les critiques injustifiées.**
- **En parler à ses collègues.**
- **Ne pas rester focalisé sur le problème.**

# 15 Burnout

C'est au milieu des années 1970 que le docteur Herbert Freudenberg, un psychiatre américain, forge le terme de *burnout* pour qualifier l'état d'épuisement professionnel dans lequel se trouvaient des médecins et des infirmières d'une clinique spécialisée dans la prise en charge de toxicomanes. Il avait relevé, chez les soignants, des troubles de l'humeur associés à des symptômes somatiques marqués : fatigue, maux de tête, troubles digestifs. Cet état avait des répercussions sur leur comportement au travail ; ils étaient devenus irritables, cyniques, colériques. Ils semblaient détachés de leur travail et résignés. Pourtant, à la base, il s'agissait d'une équipe très motivée avec une forte implication tant professionnelle qu'émotionnelle. Cependant, les succès thérapeutiques étaient rares, comme c'est souvent le cas dans la prise en charge des toxicomanes. Ils finirent par s'épuiser, s'effondrer en raison d'une demande excessive d'énergie, de force ou de ressources (Freudenberg, 1987).

Freudenberg utilise la métaphore de burnout – que l'on peut traduire par brûlure interne – pour qualifier cet état : « Les gens sont parfois victimes d'incendie […], leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe extérieure semble intacte. » Pour lui, cet épuisement professionnel se manifeste par l'apparition d'un comportement rigide, entêté et intransigeant. L'individu devient cynique et semble plongé dans la dépression. Il n'arrive plus à accepter les modifications, les changements, les progrès : ses capacités d'adaptation sont dépassées.

Dans un premier temps, le concept de burnout ne s'appliquait qu'à des professions basées sur la relation d'aide : pompiers, soignants, intervenants sociaux, enseignants. La notion s'est ensuite étendue à tous les professionnels dont l'activité implique un contact important avec le public. Elle est désormais utilisée, par abus de langage, dans la plupart des situations ressenties comme difficiles au travail. La définition exacte de ce trouble est difficile tant il existe un flou conceptuel laissant la place à de nombreuses ambiguïtés. Si la présentation clinique est globalement consensuelle, les aspects étiopathogéniques font débat. Les hypothèses de la recherche vont de la maladie spécifique à un problème d'organisation du travail, en passant par un problème psychosocial, voire un mythe pur et simple. Les classifications internationales des maladies, DSM-V et CIM-10, ne répertorient pas ce trouble.

Nous retiendrons une définition opératoire : le burnout est un processus dans lequel un professionnel précédemment très investi dans son travail se désengage en raison des tensions ressenties liées à une hypersollicitation du milieu professionnel. Il se traduit par un épuisement émotionnel, une baisse de productivité et des modifications de la personnalité.

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

C'est un état qui s'installe progressivement chez des personnes soumises à un stress qu'elles ne contrôlent pas. Il provient de la perte de l'idéal du métier, du sens de l'accomplissement, de l'énergie ou des valeurs. On décrit classiquement dans cet état, un sentiment de déshumanisation et d'épuisement émotionnel. La personne se sent épuisée, vidée, sans ressource pour assumer ses responsabilités. Elle se définit comme « au bout du rouleau » ou ayant « craqué ». Elle a perdu la dimension d'accomplissement personnel dans son travail.

Le burnout est fréquent chez le personnel enthousiaste qui se sent investi d'une mission d'aide et qui se dévoue corps et âme pour celle-ci. Trois types de sujets sont particulièrement exposés à ce risque : Le travailleur zélé qui accepte une charge professionnelle trop lourde ou, plus prosaïquement, qui ne sait pas comment la refuser ; celui qui est trop déterminé, pour qui le travail vient compenser une vie privée peu satisfaisante, pauvre en investissement affectif ou personnel ; enfin, l'employé autoritaire, sûr de sa valeur, persuadé que personne d'autre que lui ne pourra assumer sa tâche avec autant d'efficacité.

On retrouve souvent des schémas de pensée qui, sans être forcément dysfonctionnels, mettent en avant :

- des attentes élevées à l'égard de soi-même ;
- des attentes élevées à l'égard des autres ;
- une mauvaise perception de ce qu'est un bon travail ;
- un faible sentiment d'appartenance.

Indubitablement, il existe des professions plus exposées. Ce sont celles qui tendent à obtenir des résultats difficiles, à fortes responsabilités et où les sollicitations affectives, émotionnelles et mentales sont élevées. Certaines entreprises sont à risque, en particulier lorsqu'il existe un fort déséquilibre entre les actions à réaliser et les moyens – matériels et humains – mis en œuvre, ou qu'il existe une ambiguïté par rapport aux objectifs poursuivis.

L'épuisement professionnel est la résultante d'un engagement personnel intense dans le travail, d'une sur-sollicitation du milieu professionnel et de traits de personnalité particuliers.

Herbert Freudenberg propose dans son livre un autoquestionnaire, de passation aisée, pour évaluer l'état psychologique et le cas échéant envisager le diagnostic de burnout (Freudenberg, 1987) (tableau 15.1).

Le burnout est très différent de la dépression professionnelle, même si dans une première approche la sémiologie peut sembler superposable. En début d'évolution, l'épuisement professionnel ne se manifeste qu'au travail, on n'observe ni anhédonie ni culpabilité. Les absences sont rares, mais un présentéisme non productif, voire contre-productif, se met en revanche en place.

Sa survenue nécessite une situation particulière d'exigence du milieu professionnel qui dépasse les capacités d'adaptation de l'individu. Cette impossibilité à faire face est, le plus souvent, sous-tendue par des schémas cognitifs dysfonctionnels ou des troubles de la personnalité.

**Tableau 15.1**
**Autoquestionnaire de Freudenberg**
Il faut répondre à chaque question en donnant une note de 0 à 5 points, 0 pour indiquer que la proposition n'est jamais vraie, 1 un peu vraie, 2 de temps en temps vraie, 3 souvent vraie, 4 presque toujours vraie et 5 pour toujours vraie

| | |
|---|---|
| 1 | Vous fatiguez-vous plus facilement ? |
| 2 | Vous sentez-vous plutôt fatigué qu'énergique ? |
| 3 | Est-ce que les gens vous ennuient lorsqu'ils vous disent : « Tu ne sembles pas bien en ce moment » ? |
| 4 | Travaillez-vous de plus en plus dur tout en produisant de moins en moins ? |
| 5 | Êtes-vous de plus en plus cynique et désenchanté ? |
| 6 | Ressentez-vous souvent une tristesse inexpliquée ? |
| 7 | Oubliez-vous vos rendez-vous ou vos affaires plus fréquemment ? |
| 8 | Êtes-vous plus irritable ? |
| 9 | Êtes-vous plus nerveux ? |
| 10 | Êtes-vous plus déçu par les gens qui vous entourent ? |
| 11 | Voyez-vous les membres de votre famille ou vos proches amis moins fréquemment ? |
| 12 | Êtes-vous trop occupé pour faire des choses simples comme passer des coups de téléphone, lire des articles ou envoyer des cartes à vos amis ? |
| 13 | Avez-vous des problèmes physiques plus fréquents (douleurs, maux de tête) ? |
| 14 | Vous sentez-vous désorienté quand l'activité de la journée se finit ? |
| 15 | Est-ce que les moments de joie sont rares ? |
| 16 | Êtes-vous incapable de rire d'une plaisanterie à votre sujet ? |
| 17 | Est-ce que le sexe semble apporter plus d'ennui que de joie ? |
| 18 | Avez-vous peu de chose à dire aux gens ? |
| ***Résultats et interprétations*** | |
| – 0-25 : pas de problème<br>– 26-35 : état de stress débutant<br>– 36-50 : état à risque de burnout<br>– 51-65 : état de burnout<br>– Plus de 65 : état dangereux | |

Le traitement de l'épuisement professionnel est difficile. Le repos est insuffisant et souvent le changement de poste n'est pas une solution en raison de la problématique personnelle sous-jacente. Une psychothérapie est indispensable pour apprendre à mieux appréhender l'environnement professionnel et acquérir une capacité de distanciation. Elle doit aussi permettre de mettre à jour les postulats concernant le travail et assouplir les schémas cognitifs.

Il n'existe pas de traitement pharmacologique validé de ce trouble. Les antidépresseurs souvent utilisés sont dans l'ensemble inefficaces, et les anxiolytiques sont à proscrire en raison du fort risque de dépendance.

Pour évaluer l'efficacité de la prise en charge, on peut utiliser l'échelle de Maslach (MBI ou *Maslach Burnout Inventory*) qui tient compte de trois dimensions : l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'efficacité professionnelle (Maslach et al., 1996).

En termes de prévention, nous ne pouvons que rappeler la citation de Bertrand Russell (2001). Le philosophe anglais, prix Nobel de littérature, conseillait : « Si j'étais médecin, je prescrirais des vacances à tous les patients qui considèrent que leur travail est important. » En tout état de cause, il est souhaitable de lutter contre l'isolement et le repli sur soi, de conseiller des investissements extraprofessionnels et de maintenir des activités de loisir.

## *Cas clinique*

Jean, 36 ans, est infirmier dans un service de cancérologie. Célibataire, il a beaucoup investi son travail, et tout particulièrement la dimension relationnelle avec les patients. Petit à petit, il a eu l'impression qu'il était le seul à s'occuper des patients, reprochait à ses collègues de ne faire que des soins techniques et de nier la dimension humaine de la profession. Il se sentait à la fois indispensable et totalement démotivé ; il quittait l'hôpital de plus en plus tard et passait ses soirées à téléphoner aux patients dont il se sentait proche. En réunion d'équipe, il apparaissait de plus en plus cynique et désabusé au point de se marginaliser dans le service, et ses collègues lui reprochaient son inefficacité.

Nous avons travaillé sur ses schémas cognitifs, en particulier sur son haut niveau d'exigence vis-à-vis des autres et sur la nécessité d'accepter des résultats incomplets ; la cancérologie est une discipline éprouvante où les succès thérapeutiques sont rares.

# 16 Agir sur le management

Objectivement, les conditions de travail n'ont jamais été aussi favorables en France. L'exposition à des contraintes physiques ou environnementales a considérablement diminué, et la durée hebdomadaire moyenne du temps de travail a baissé grâce à l'application de la loi sur les 35 heures. En revanche, on constate un accroissement des horaires décalés ou nocturnes ainsi qu'une intensification du travail. Productivité, rentabilité, rapidité, adaptabilité, enchaînement et interruption des tâches sont les facteurs de risques actuels. Toutefois, les attentes en termes de condition de travail reposent beaucoup sur la qualité de l'emploi. Le travail est désormais perçu comme vecteur d'accomplissement personnel. Malheureusement, les déceptions sont fréquentes en raison de rémunérations jugées, à tort ou à raison, insuffisantes en comparaison des autres pays d'Europe, mais aussi de perspectives professionnelles obérées par les faibles possibilités de promotion et la précarité ressentie de l'emploi. De plus en plus de personnes jugent que leur travail est stressant et qu'il les empêche de consacrer suffisamment de temps à leur famille. L'investissement subjectif dans le travail est de plus en plus important et nécessite de bien positionner la frontière entre travail et hors travail.

Ces données doivent être intégrées dans la gouvernance des entreprises. Un dirigeant d'entreprise doit améliorer les profits de son entreprise et aussi tenir compte du bien-être des salariés. Le bonheur au travail est une utopie, mais dans le monde du travail, on retrouve des plaintes récurrentes concernant le sentiment d'urgence, les ordres contradictoires ou les conflits interpersonnels. La plupart des souffrances psychiques au travail sont liées à un dysfonctionnement managérial. Le rapport du Sénat sur la souffrance au travail souligne la nécessité de renouveler l'approche du management pour améliorer le bien-être au travail (Deriot, 2010).

Il nous semble nécessaire désormais d'intégrer les apports de la psychologie expérimentale dans la direction des entreprises. Il existe des formations complètes fondées sur les règles de communication, l'écoute et l'empathie. Ces programmes abordent les problèmes psychologiques, la santé mentale et la place des professionnels de santé. Les résultats sont prometteurs.

Quelques notions simples, d'application aisée, sont indubitablement des facteurs de prévention des risques psychosociaux.

## Reconnaître le travail accompli

Il est nécessaire de reconnaître le travail accompli et de souligner les efforts effectués. Trop souvent, le management se focalise sur les erreurs et les points d'amélioration en négligeant tout ce qui a été réussi. De la même façon, il est important de donner les moyens matériels, humains et temporels d'accomplir un travail de bonne qualité qui donnera satisfaction aux salariés.

## Bien séparer sphères professionnelle et privée

Les nouveaux outils de communication rendent très perméable la frontière entre vie professionnelle et vie privée. Il n'est pas plus admissible de relever des mails personnels, de surfer sur Internet et de passer des appels téléphoniques privés pendant ses heures de travail que de recevoir des courriels professionnels ou des appels en dehors des heures de travail.

## Notion de renforcement

Un comportement ne se maintient qu'en fonction de ses conséquences pour l'individu. Pour qu'il se reproduise, il doit être renforcé. Autrement dit, il faut féliciter une personne chaque fois qu'un bon résultat est obtenu. Ces compliments seront d'autant plus efficaces qu'ils seront immédiats, clairs et précis. Il est préférable de s'impliquer personnellement, en utilisant des phrases commençant par « je ». « Je suis très content de votre travail » est plus efficace que la tournure impersonnelle « C'est du très bon travail ».

Il n'est pas nécessaire d'avoir obtenu un résultat parfait pour utiliser les encouragements – renforcer les efforts est vecteur d'amélioration. Pour qu'ils soient efficaces, ils seront immédiats, ciblés sur un comportement spécifique et non pas sur un vague mérite global mal défini.

Contrairement à une idée couramment répandue, renforcer les points positifs est beaucoup plus utile que sanctionner les erreurs.

## Savoir critiquer

En cas de problème, d'erreur, il est nécessaire de le relever. La critique est nécessaire et doit être claire, précise, justifiée et si possible immédiate. Là aussi, l'implication personnelle est efficiente : « Je trouve que votre dossier n'est pas suffisamment solide. » C'est le comportement qui sera critiqué et non pas la personne, sans jugement de valeur ni généralisation. Des phrases comme « Vous me décevez » n'ont pas leur place dans des relations professionnelles. Une fois les réprimandes actées, l'affaire est close, et il est inutile de ressasser le problème pendant des semaines. Ce qui compte, c'est que l'erreur ne se reproduise plus, pas qu'elle ait eu lieu.

Le retour d'informations est indispensable pour un collaborateur. Critiques et compliments permettent cette rétroaction. Un manager muet est aussi inefficace que celui qui ne ferait que critiquer ou complimenter.

## Favoriser le sentiment de contrôle

Nous avons vu que le sentiment de contrôle d'une situation diminue la réponse de stress associée. L'organisation de l'entreprise doit tenir compte de cette donnée. Il est bon de favoriser l'autonomie des salariés et de leur laisser des marges de manœuvre pour l'accomplissement de leur travail. Dans la mesure du possible, il est préférable de permettre l'accomplissement d'un processus jusqu'à son terme.

L'harmonisation entre les responsabilités effectives et le pouvoir décisionnel contribue favorablement à cette maîtrise.

## Fixer des objectifs précis

Chaque personne doit avoir des objectifs clairs et compréhensibles. Normalement ils devraient tenir en quelques lignes. En cas de tâche complexe, il est toujours possible de la subdiviser en plusieurs étapes simples qui seront autant d'objectifs intermédiaires. Cela permet une réalisation progressive – les Anglais utilisent l'expression très imagée de « *step by step* ». Le but doit être bien défini et accessible.

Associer une évaluation régulière des résultats est indispensable. Il sera alors possible, en cas de problème, de rechercher la cause, d'élaborer en commun des solutions et de les expérimenter.

## Éviter les fausses exigences

La recherche de la performance optimale d'une équipe, sa mise sous tension, amène parfois à des demandes incongrues. Certaines exigences du management sont irréalistes et sous-tendues par des schémas cognitifs dysfonctionnels.

« Votre travail doit être parfait » ; « Vous pouvez faire encore mieux » ; « Faites-le pour moi »… Ces phrases si fréquentes n'augmentent pas la motivation des salariés. Ce sont des demandes floues et inatteignables. Un travail n'a pas besoin d'être parfait pour être valable – de tout temps, la sagesse populaire a souligné que la perfection n'était pas de ce monde. Le toujours mieux conduit à l'impossibilité de la réussite et au découragement.

Ces messages doivent impérativement être bannis du vocabulaire managérial et remplacés par des demandes précises, réalistes, exprimées avec une valence positive.

Chaque personne a sa vision du monde et ses exigences propres. Certains individus privilégient la méticulosité, d'autres la rapidité. Composer avec ces différentes représentations du travail contribue à une ambiance de travail sereine propice à la réalisation d'objectifs cohérents.

## Améliorer le soutien social

L'organisation actuelle du travail isole les individus. L'évaluation individuelle de la performance, la diminution de la représentation syndicale et la perte du sentiment d'appartenance au groupe professionnel sont des facteurs de risque pour le développement d'une dépression. Un manager efficace doit participer à l'intégration de tous les salariés, en particulier de ceux qui s'isolent ou sont rejetés. C'est à lui de faire cohabiter harmonieusement les différents membres de son équipe. Si l'entreprise a une histoire, des valeurs, une représentation collective, sa mission est aussi de les faire partager.

Globalement l'entreprise devrait développer le travail en équipe, les tâches diversifiées, ainsi qu'une réelle vie associative. L'offre des comités d'entreprise est souvent insuffisamment diversifiée. Idéalement, pour

améliorer le « vivre ensemble », il faudrait proposer des activités sportives, culturelles, humanitaires et des moments de simple convivialité.

## Prévenir la violence

Le manager a un rôle d'exemplarité. La communication doit être exempte d'agressivité, fondée sur l'écoute, le respect mutuel et l'empathie. Le manque de considération et les incivilités doivent être sanctionnés sans hésitation. Les outils de l'affirmation de soi permettent de développer ce type de communication.

L'absence de violence en interne, une ambiance de travail paisible et des salariés calmes constituent probablement la prévention la plus simple et la plus efficace vis-à-vis de l'agressivité des usagers.

## Laisser du temps

Mettre des échéances précises est parfois nécessaire mais souvent contre-productif. Un travail de qualité nécessite du temps, et réduire ce dernier crée de l'insatisfaction. Bâcler sa besogne n'est jamais plaisant. La pression temporelle et l'agitation sont des stresseurs majeurs.

L'efficacité optimale nécessite une gestion autonome de son temps de travail. La norme temporelle ne peut pas s'appliquer aveuglément, le rythme de chaque individu étant différent.

Il est préférable de garder à l'esprit que l'augmentation de la durée de travail se fait au détriment de l'efficacité. La fatigue et les difficultés de concentration nuisent à la productivité et majorent le risque d'erreurs et d'accidents du travail.

La mode actuelle du *lean management* nous semble préjudiciable. Ce dérivé actuel du taylorisme qui cherche le gain de productivité en traquant les temps morts est à notre sens une catastrophe managériale. Il diminue la fiabilité et semble avoir des conséquences dramatiques en termes de santé mentale.

Par exemple, une entreprise a aménagé une chaîne de production avec des lignes en U pour augmenter la productivité. Les salariés passent en continu entre des emplacements très rapprochés ; le dernier poste est à côté du poste de redémarrage. Il a été expliqué aux ouvriers que cela améliorait leurs conditions de travail puisqu'ils se déplaçaient moins et, par conséquent, se fatiguaient moins. *Les Temps modernes* de Charles Chaplin ne sont pas loin… Cette entreprise est actuellement confrontée à une augmentation des arrêts de travail liés au stress et aux troubles musculosquelettiques.

### Le lean management

**Cette technique imaginée par les chercheurs du Massachusetts Institute of Technology (MIT) se développe en France. Elle consiste à éliminer toutes les pertes de temps, à mettre fin au gaspillage et à atteindre l'excellence. Ce processus d'amélioration continue nécessite une implication forte de l'ensemble du personnel. Il induit une division du travail et une augmentation des cadences. Il dévalorise les employés et leur fait perdre le sens du travail. Ses conséquences sur la santé sont régulièrement dénoncées.**

# 17 La solitude du chef d'entreprise

Critiquer les chefs d'entreprise est indubitablement à la mode. Non contents de s'enrichir sur le dos de leurs salariés, ils seraient à l'origine de la majoration des risques psychosociaux par la mauvaise organisation de leurs entreprises. Les managers français sont mal vus de leurs employés et des médias, et leur légitimité est de plus en plus contestée. Pourtant, loin de l'image caricaturale du PDG du CAC 40 muni de stock options et d'un parachute doré, leur situation est souvent difficile. Ce domaine est méconnu par absence d'études spécifiques, et les recommandations sont, le plus souvent, extrapolées des études faites chez les salariés. Une expertise récente de l'Inserm, réalisée à la demande du régime social des indépendants, a souligné les conséquences du stress dans ce groupe socioprofessionnel (Inserm, 2011).

Les défaillances d'entreprises sont fréquentes (plus de 60 000 l'an passé en France) et la solitude des chefs d'entreprise dans ces moments est inquiétante. Récemment, l'auteur d'une thèse de management s'est interrogé sur la participation des troubles de l'humeur du dirigeant dans l'échec d'une entreprise (Budin, 2011). Les écueils que nous avons soulignés s'appliquent tout autant au dirigeant d'entreprise qu'à ses salariés, et il est difficile de trouver les réponses à ces problèmes.

Le monde du travail est complexe, le nombre de missions à accomplir impressionnant. Le chef d'entreprise doit donner la direction, proposer la stratégie et assumer les risques. On lui demande des compétences commerciales, sociales et humaines. Ses journées de travail sont souvent longues, le risque d'hyperactivité puis d'épuisement réel. Les horaires de travail d'un chef d'entreprise sont étendus, souvent plus de 50 heures hebdomadaires, et atypiques, débordant sur les soirées et les week-ends. Comment peut-il concilier disponibilité pour ses collaborateurs et présence auprès des clients sans s'épuiser ? À quel moment prendre du recul, de la hauteur pour réfléchir à la stratégie globale ? La charge émotionnelle est souvent forte, associée à une incertitude concernant leurs revenus et l'efficience, voire la pérennité, de leur entreprise. Dans les petites entreprises, l'isolement est marqué et le manque d'interlocuteur pose problème. Quand des difficultés apparaissent, que ce soit dans la vie de l'entreprise ou dans la sphère privée, les possibilités d'adaptation sont rapidement dépassées. Les interlocuteurs sont rares et l'entourage du chef d'entreprise n'est pas propice à la verbalisation. Les conseils habituels – expert-comptable, avocat, consultant – n'ont pas d'expertise dans ce domaine ; par discrétion, les collaborateurs sont rarement sollicités. Au moindre doute, la réponse la plus adaptée est de solliciter son médecin traitant. Suivant ses directives, une prise en charge psychiatrique ou psychologique sera associée.

La dépression naît d'une diminution des activités plaisantes, d'une perte du sentiment de contrôle sur son environnement mais aussi de modifications cognitives. Des pensées négatives font irruption dans le cerveau et ne sont plus critiquées. L'existence de biais cognitifs renforce ces idées noires. Au-delà d'un traitement structuré, quelques règles peuvent aider à la prévention de ces troubles, comme éviter l'isolement et maintenir des activités diversifiées. Quelle que soit la quantité de travail demandée, il est indispensable d'avoir des loisirs, de maintenir une vie sociale et de respecter une bonne hygiène de vie.

Au sein de l'entreprise, il faut maintenir des contacts réguliers avec ses collaborateurs et réunir fréquemment ses équipes. Une réunion de synthèse régulière est indispensable : sa fréquence dépend de la taille de l'entreprise mais le rythme hebdomadaire est classique. Dans la mesure du possible, des entrevues individuelles avec les collaborateurs directs seront organisées pour compléter ces rencontres. À midi, la pause déjeuner est nécessaire mais jamais en solitaire. C'est l'occasion d'échanger avec ses collaborateurs, ses clients ou ses confrères.

En dehors de l'entreprise, rencontrer ses pairs contribue aussi à briser l'isolement. Les conventions, congrès, foires et salons servent à cela. Toutefois, les organisations patronales, les clubs services (Rotary, Lions, etc.) et les réseaux remplissent les mêmes fonctions. Ils associent idéalement un aspect loisir et des contacts professionnels souvent fructueux.

Les contacts sociaux extraprofessionnels sont tout autant indispensables. Il faut être attentif à sa vie de famille, dîner avec des amis au moins une fois par mois et s'aménager, dans la mesure du possible, des périodes de coupure où tout contact avec l'entreprise est rompu – week-end ou vacances.

Les règles d'hygiène de vie sont identiques à celles abordées dans le Chapitre 10 – préserver un sommeil de qualité, une nourriture saine et variée, diversifier les centres d'intérêts, garder une activité physique régulière.

Si ces éléments ne sont plus réunis, c'est un signal de danger et la consultation médicale est indispensable.

## *Cas clinique*

Pierre, 45 ans, a repris une entreprise familiale prospère. Ses qualités professionnelles et son travail lui ont permis de bien la développer. Puis sa vie personnelle s'est dégradée et sa femme l'a quitté, peut-être en raison d'une activité professionnelle envahissante. Il s'est réfugié dans le travail, négligeant tous les autres aspects de sa vie. Son humeur a fini par se dégrader. Il s'enfermait dans son bureau, ne recevait plus ses collaborateurs et évitait les clients. L'entreprise a rapidement périclité. C'est étonnamment le liquidateur qui lui a conseillé de consulter, pensant que la faillite avait provoqué une dépression. C'est en réalité l'inverse qui s'était produit. C'est parce que Pierre souffrait d'une dépression qu'il n'a plus géré son entreprise de façon satisfaisante. Cet enlisement s'est déroulé sur plusieurs mois sans que personne ne tire le signal d'alarme. Pierre est aujourd'hui guéri de son trouble de l'humeur mais il était trop tard pour redresser l'entreprise.

# 18 Aspects législatifs

La dépression constitue le problème de santé mentale le plus important chez les personnes en âge de travailler ; plus de 30 millions de personnes en Europe souffrent de cette maladie à un moment de leur vie (Olensen et al., 2012). Une enquête récente de l'Association européenne contre la dépression estime qu'un actif sur dix s'est absenté de son travail à cause d'un trouble de l'humeur (European Depression Association, 2012). Le coût au sein de l'Union européenne a été estimé à 92 milliards d'euros en tenant compte de la perte de productivité, de l'absentéisme et du présentéisme. La santé mentale – dont nous pouvons rappeler la définition de l'OMS : un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté – constitue un enjeu de santé publique. Les répercussions de la dépression au travail sont certainement sous-estimées. Ces conséquences sont importantes pour l'individu en termes de santé et de motivation, pour la productivité des entreprises, mais aussi pour notre société vu l'impact des coûts sur notre système de protection sociale.

## Maladie professionnelle

Une maladie professionnelle est la conséquence d'une exposition, plus ou moins prolongée, à un risque qui existe lors de l'exercice habituel de la profession. La liste de ces maladies est limitative et fait l'objet de tableaux spécifiques qui précisent les conditions très strictes à remplir concernant l'exposition au risque, la durée, les délais et les professions incriminées. La dépression, comme d'ailleurs les autres risques psychosociaux, ne figure pas dans les tableaux des maladies professionnelles. Elle peut néanmoins être reconnue comme maladie à caractère professionnel par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) pour les cas les plus sévères. Il faut pour cela que le patient apporte la preuve que sa maladie est directement imputable à son activité professionnelle – il n'existe pas de présomption d'origine – et qu'elle a entraîné des graves conséquences : décès ou incapacité partielle permanente (IPP) supérieure à 25 %.

En pratique, le médecin traitant établit une déclaration sur un formulaire spécifique qui est adressé à l'inspecteur du travail. C'est la CRRMP qui apprécie le lien de causalité entre le travail habituel et la dépression. Cette commission constituée d'experts médicaux est guidée dans ses choix par un rapport de l'employeur et l'avis du médecin du travail de l'entreprise. Cet avis s'impose à la Sécurité sociale.

Cette reconnaissance est exceptionnelle pour deux raisons. Tout d'abord, le taux d'IPP de 25 % est très rarement atteint. Le traitement des épisodes

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

dépressifs francs est efficace, et les dépressions chroniques sont pénibles et douloureuses mais faiblement incapacitantes. Ensuite, le lien de causalité est dans l'ensemble impossible à affirmer ; les experts estiment le plus souvent que l'origine est multifactorielle et par conséquent refusent la reconnaissance en maladie professionnelle.

## Arrêt de travail

Le repos fait partie du traitement de la dépression et l'arrêt maladie est souvent incontournable au début de la maladie. Cet arrêt de travail doit nécessairement autoriser des sorties libres sans limitation. Le patient est souvent fatigué mais il souffre aussi de désordres cognitifs : difficultés de concentration, troubles de la mémoire et ralentissement psychomoteur qui rendent l'activité professionnelle difficile. Le manque de fiabilité que cela provoque majore le risque d'erreur. Il est alors nécessaire de protéger le salarié du courroux de sa hiérarchie et de ses collègues.

Excepté pour les cas les plus graves, 2 à 3 semaines d'arrêt de travail sont suffisantes. Au-delà, la reprise risque de devenir difficile, *a fortiori* si la situation était préalablement jugée conflictuelle par le patient. Ce congé maladie contribue aux soins mais n'a pas vocation à résoudre l'éventuel problème professionnel.

Le Code du travail autorise l'employeur à contester le bien-fondé d'un arrêt de travail. Cette démarche est mal vécue par le patient et renforce son désarroi, son sentiment d'incompétence et sa culpabilité. C'est le médecin conseil de l'Assurance maladie qui tranchera le différend après examen du patient. La médiation du médecin du travail permet dans l'ensemble d'éviter ce genre de litige. Il pourra, si nécessaire, proposer une inaptitude temporaire au poste de travail. Cette décision est souveraine et ne peut être discutée ni par l'employeur ni par la Sécurité sociale.

Une visite de reprise est indispensable après une absence de plus de 30 jours. Elle donne lieu à la délivrance d'une fiche d'aptitude par le médecin du travail.

## Inaptitude au poste de travail

La dépression peut exceptionnellement avoir des incidences sur la capacité à occuper un poste de travail. Il faut alors solliciter une inaptitude au poste de travail soit temporaire, soit définitive. Cette démarche, qui fait habituellement suite à un congé maladie prolongé, ne peut être appréciée que par le médecin du travail, le plus souvent lors de la visite préalable à la reprise du travail. Celui-ci ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail dans l'entreprise, et après deux examens médicaux de l'intéressé à 15 jours d'intervalle. Cette inaptitude interdit au salarié de reprendre son poste et impose à l'employeur de proposer

un aménagement de poste ou un reclassement au sein de l'entreprise. L'inaptitude peut être « à tous postes dans l'entreprise », auquel cas le salarié sera le plus souvent licencié. Ce licenciement se fera sous la forme d'un licenciement pour motifs personnels, l'indemnité légale de licenciement devant être versée. En cas de litige, c'est à l'employeur d'apporter la preuve que le reclassement du salarié est impossible au sein de l'entreprise.

Cette décision peut être préjudiciable au patient. Une inaptitude au poste de travail a des conséquentes péjoratives pour la recherche d'emploi ultérieure. Une inaptitude définitive à un poste donné rend théoriquement impossible l'embauche à un poste identique pour un autre employeur. Cette procédure ne devrait donc être utilisée que pour des raisons médicales et non pas pour régler des conflits internes à l'entreprise.

## Affection de longue durée

La prise en charge comme affection de longue durée (ALD), qui permet un remboursement des soins à 100 % par la Sécurité sociale et une meilleure indemnisation des arrêts de maladie, requiert des critères stricts. Elle n'est possible que dans le cas des dépressions récidivantes, c'est-à-dire au moins trois épisodes de troubles de l'humeur, ou particulièrement longues, au minimum 2 ans d'évolution. Elle nécessite l'élaboration d'un protocole de soins par le médecin traitant qui sera soumis pour avis au médecin conseil de la Sécurité sociale. L'épisode dépressif franc isolé ne justifie pas cette reconnaissance.

## Accident du travail

Pour des motifs idéologiques, la reconnaissance du suicide comme accident du travail a longtemps été refusée. Fort heureusement, cette situation évolue très vite et de nombreuses décisions de justice récentes font désormais jurisprudence.

C'est le médecin conseil de la caisse d'Assurance maladie qui décide de cette reconnaissance. En cas de refus de sa part, un pourvoi est possible devant le tribunal administratif.

Cette reconnaissance semble pourtant indiscutable quand il survient sur le lieu du travail ou sur le trajet : « Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail. » La présomption d'imputabilité précise qu'il est nécessaire et suffisant que ce soit un événement d'apparition brutale et soudaine imputable au travail et qu'il soit apparu au temps et lieu du travail ou pendant le trajet aller-retour entre le domicile et l'entreprise.

Ce serait à l'employeur d'apporter la preuve que le suicide a une origine totalement étrangère au travail ou que ce dernier n'a joué aucun rôle dans son apparition.

## Invalidité

La dépression n'est normalement pas une maladie chronique car une prise en charge adaptée permet habituellement la guérison. La mise en invalidité première ou deuxième catégorie reste exceptionnelle et fait suite à un arrêt de travail prolongé. C'est le médecin traitant qui devra faire la demande en rédigeant un certificat qui évaluera la déficience. Le taux d'invalidité sera déterminé par le médecin conseil de la Sécurité sociale.

# 19 Formations dans l'entreprise

Les conditions globales de travail s'améliorent en France. Le taux d'accidents du travail diminue régulièrement et s'établit désormais à 39 pour 1 000 salariés – en recul de plus de sept points sur ces dix dernières années. En revanche, le nombre de suicides sur le lieu de travail ou liés au travail explose. On avance le chiffre de 500 suicides annuels. Il ne s'agit, en l'absence de données épidémiologiques fiables, que d'une estimation.

Un arrêt de travail sur dix est lié à des troubles dépressifs, et les médecins continuent de recommander la discrétion à leurs patients tant ce diagnostic est connoté négativement (Cuche et al., 2003). Les dirigeants d'entreprise réclament des formations spécifiques pour tenter de prévenir la survenue des troubles mais aussi pour se comporter au mieux avec des patients déprimés (European Depression Association, 2012). Trop longtemps, la gestion des risques psychosociaux s'est limitée à la gestion du stress. Proposer une salle de sport, des massages, un service de conciergerie améliore probablement les conditions de travail mais ne diminue en rien le risque de dépression. Évaluer le stress à ses limites, d'autant plus que nul ne sait à partir de quel niveau il représente un facteur de risque de dépression. Si des études ont montré globalement une utilité des programmes de gestion du stress, en revanche, il n'existe pas d'évaluation scientifique bien menée pour affirmer leur efficacité.

**Suite à l'« épidémie » de suicides survenue chez France Télécom pendant l'été 2009, le ministre du Travail monsieur Xavier Darcos avait créé, au sein de son ministère, une cellule consacrée aux risques psychosociaux. Les grandes entreprises ont eu l'obligation d'avancer des négociations sur la prévention du stress. Dans les petites et moyennes entreprises, des outils de diagnostic et des actions d'information devaient être mis en place.**

**À ce jour, les résultats sont inexistants.**

L'obligation de prévention des risques psychosociaux passe par une action ciblée de prévention de la dépression professionnelle. Il n'est plus possible de se contenter de la gestion du stress dont les liens avec la dépression, s'ils sont incontestables, restent encore peu clairs. Quelles actions spécifiques peut-on entreprendre ? La prévention est indispensable dans ses trois dimensions : prévenir l'apparition de la dépression professionnelle, poser le diagnostic de façon efficace et empêcher son aggravation.

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

## Prévention primaire

Par définition, elle consiste à proposer des actions ciblées sur les populations à risque et à identifier les signaux d'alerte pour éviter ou diminuer le nombre et la gravité d'une maladie. Des actions spécifiques de prévention de la dépression sont nécessaires. Le management doit progresser en tenant compte des acquis de la psychologie du travail.

Le salarié doit être le plus autonome possible – ce n'est bien évidemment pas toujours possible – et posséder une latitude d'action et d'organisation de son travail. Il pourra ainsi mesurer les conséquences aussi bien positives que négatives de ses initiatives. Dans le cas contraire, la spirale passivité-désinvestissement-résignation risque de se mettre en place avec le risque de provoquer une dépression.

Tenir compte des notions de renforcement semble tout aussi indispensable. Cette démarche ne se limite pas, comme beaucoup l'imaginent, à la mise en place d'un système de primes et d'intéressements et va bien au-delà d'une démarche motivationnelle. L'humeur dépend de la diversité des activités entreprises et de la probabilité de survenue des renforcements qu'elle engendre (Lewinhson et Libet, 1972). Dans cette perspective, il est important de faire circuler l'information, d'expliquer les décisions et de présenter les grands axes de développement stratégique. Communiquer en interne sur l'histoire de l'entreprise, ses valeurs et ses objectifs participe à cette démarche tout comme de présenter les succès et les échecs dans la conquête de nouveaux marchés. L'ensemble des employés doit avoir accès à la présentation du produit fini pour leur permettre d'obtenir une légitime satisfaction. Il nous paraît aussi important de présenter les résultats des actions entreprises, bien évidemment quand ils sont positifs, mais aussi en cas d'échec.

Les actions qui améliorent la cohésion interne sont importantes. Il est indispensable de repérer les sujets qui en sont exclus ou qui s'en excluent. Ce sont incontestablement des personnes plus exposées au risque de dépression. Contrairement aux idées reçues, une vie syndicale riche est aussi un facteur d'apaisement et de prévention des risques psychosociaux.

L'ouverture d'espaces de discussion associée à la sensibilisation des managers pourrait permettre d'éviter que des salariés souffrent en silence sans que personne ne s'en aperçoive.

## Prévention secondaire

Ce sont tous les actes destinés à réduire la durée d'évolution d'une maladie. En pratique, ce sont l'identification de la maladie dépressive et la mise en place du traitement adéquat. Le diagnostic est difficile et nécessite une démarche médicale rigoureuse. Au sein de l'entreprise, seuls les médecins du travail sont à même de la mener. Pour optimiser cela, il faudrait encore améliorer son expertise dans les troubles de l'humeur. Un dépistage systématique de la dépression devrait être proposé lors de l'examen annuel

des salariés en médecine du travail. Cette démarche pourrait s'appuyer sur la passation de questionnaires validés comme les échelles de Beck ou de Hamilton.

Toutefois, le rôle des médecins de ville est incontestable : un salarié qui souffre aura plus tendance à se tourner vers son médecin traitant qu'à prendre rendez-vous en médecine du travail. Pour cette raison, il nous semble indispensable d'améliorer la formation de tous les médecins aux questions de la santé au travail. Que ce soit grâce à la formation initiale ou par le biais de la formation continue, les médecins doivent être sensibilisés aux liens entre maladie et conditions de travail.

Sur le modèle de ce qui est proposé pour la gestion du stress, des réunions d'information peuvent être proposées aux employés sur les troubles de l'humeur, leurs expressions, leurs conséquences, les traitements possibles et le risque de suicide. Les cadres et les membres du comité d'hygiène et de sécurité seront prioritaires pour bénéficier de ces formations.

La connaissance de cette maladie permettra d'éviter la stigmatisation des personnes souffrant de troubles dépressifs et les erreurs de communication. La dépression n'est pas un signe de faiblesse ou de désintérêt, c'est une maladie potentiellement grave mais pour laquelle il existe des traitements efficaces. Il n'est plus possible que des patients bloqués par une douleur morale intense, en proie à des idées noires et à une culpabilité intense, inhibés dans leurs actions, soient confrontés à des supérieurs hiérarchiques qui mettent en doute l'existence même de la maladie et négligent leur souffrance.

Il ne sert à rien de leur proposer de bouger, de voir du monde, de sortir, de faire du sport, de penser à autre chose. Ces conseils, qui partent d'un bon sentiment, nient la dimension psychopathologique de la dépression. Il est difficile d'imaginer que le patient n'y ait pas pensé tout seul, et c'est bien l'incapacité à réaliser ces actions qui signe la réalité de la maladie. Les conseils n'aboutissent qu'à renforcer les troubles, à confronter les sujets à leurs incapacités et à majorer leur culpabilité. Ils accroissent l'isolement, l'impuissance et le sentiment d'incompréhension. Aurait-on de façon similaire l'idée saugrenue de conseiller à un asthmatique de respirer normalement ?

L'entreprise n'est pas le lieu du traitement. Néanmoins, une écoute chaleureuse et humaine dénuée de jugements de valeur est forcément réconfortante. Elle permet d'éviter la solitude et de recentrer le problème dans le champ médical. Trop de sujets déprimés ne consultent pas par méconnaissance ou par déni de la maladie. Le but est de les inciter à parler de leur problème à un médecin.

## Prévention tertiaire

Elle comprend les actes destinés à diminuer la prévalence des récidives et des incapacités chroniques. Elle cherche aussi à favoriser la réinsertion socioprofessionnelle.

La dépression est encore trop souvent conçue comme une faiblesse et non pas comme une maladie à part entière. Les études épidémiologiques comme l'expérience nous apprennent que la plupart des patients cachent ce diagnostic – vu les réactions potentielles de l'entourage, il est difficile de les blâmer. Si l'environnement professionnel est tenu au courant de la maladie, l'interlocuteur privilégié est le médecin du travail. Il peut préparer au mieux le retour dans l'entreprise, proposer un aménagement du poste de travail et des horaires ou préconiser un reclassement. Il pourra aussi rassurer la hiérarchie sur l'évolution et le pronostic qui est, rappelons-le, le plus souvent favorable. Le Code du travail prévoit une visite de pré-reprise pour les arrêts de travail supérieurs à 3 mois (articles R.4624-20 et 21 du Code du travail).

Dans ce troisième volet aussi, une action éducative permettra de diminuer les idées reçues sur les maladies dépressives.

## Démarche éducative

Toutes ces actions de prévention nécessitent un effort de formation. Les conséquences économiques du stress ont incité les entreprises à investir dans des programmes de gestion du stress. Leur efficacité n'a jamais été évaluée (Servant, 2011) et l'expérience quotidienne peine à nous convaincre d'une utilité réelle. La multiplication de ces interventions ces 20 dernières années n'a pas endigué le phénomène pour deux raisons. Les interventions en entreprise par des cabinets spécialisés s'intéressent avant tout à l'organisation du travail. Les consultants sont le plus souvent mal formés aux problèmes de santé et leur expertise s'arrête nécessairement à la prévention primaire. De plus, les études scientifiques soulignent l'importance des troubles psychiques – anxiété et dépression – au travail. En admettant comme seuil significatif une valeur de 8 sur l'échelle de dépression de Hamilton, une enquête réalisée aux Pays-Bas sur plus de 7 000 salariés retrouve une prévalence de près de 20 % de troubles de l'humeur (Andrea et al., 2004). Les liens entre dépression et stress, et même entre anxiété et stress, ne sont pas forcément évidents. Il est vrai que le stress n'est pas répertorié dans les classifications internationales des maladies mentales comme le DSM-V ou la CIM-10, si ce n'est dans une acception bien particulière : l'état de stress post-traumatique.

Plus récemment, des formations destinées aux managers ont été proposées. Elles permettent de sensibiliser les dirigeants aux problèmes de santé mentale, à la place de la psychologie, aux attitudes d'écoute et à la nécessité de travailler avec les professionnels de santé (Kawakmi et al., 2006). Sans être des experts en santé au travail, les managers doivent connaître les notions de base. Là aussi, l'expérience prouve que l'engagement des dirigeants est bon et ces interventions permettent un changement des mentalités. En revanche, l'utilité pour la prévention des troubles psychiques n'est pas établie.

La solution passe par la mise en place au sein de l'entreprise d'une démarche d'éducation pour la santé spécifiquement ciblée sur les troubles

dépressifs. Ces actions peuvent s'appuyer sur les travaux qui ont été réalisés depuis 2007 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour favoriser une meilleure connaissance et améliorer la prise en charge de la dépression chez l'adulte (Chan Chee et al., 2009). Ces modules de formation abordent les points suivants :

- l'épidémiologie et la description des troubles de l'humeur ;
- les signes d'alerte et facteurs de gravité ;
- les risques psychosociaux ;
- l'impact socio-économique ;
- les possibilités thérapeutiques ;
- le risque suicidaire ;
- les répercussions sociales et professionnelles ;
- la connaissance du cadre législatif ;
- savoir travailler avec les professionnels de santé.

Ces formations sont destinées en priorité aux dirigeants, au personnel d'encadrement, aux membres du CHSCT et aux délégués du personnel. De durée brève, elles peuvent s'envisager sur 4 ou 5 jours. Il est possible de les développer sous forme d'auto-administration par le biais d'Internet.

Elles peuvent être complétées par des formations à la gestion d'équipe. En effet, la formation au management proposée dans les écoles de commerce ou d'ingénieurs ne prépare pas à la conduite d'équipes (Lachmann et al., 2010). La direction d'une structure n'est pas constituée uniquement de l'application de procédures. La place de l'humain est primordiale, les attitudes et les comportements individuels indispensables.

# Conclusion

Les stéréotypes sont toujours présents, et quand on parle de troubles dépressifs au travail, immanquablement sont évoqués les termes de paresse et de plaintes. Les dimensions fatigue et douleur sont en revanche ignorées. Chacun a un avis sur la dépression considérant que l'expérience personnelle de la tristesse procure une expertise dans les troubles de l'humeur. Ces jugements péremptoires conduisent à un déni de la dépression assimilée au mieux à une émotion pénible ou, le plus souvent, à une faiblesse de caractère. La dépression est parmi les maladies fréquentes celle qui est la moins connue du grand public. Ses modalités de traitement, son étiologie, sa fréquence, ses comorbidités, sa gravité et son risque de récidive sont ignorés. Sa survenue dans le monde de l'entreprise, si elle est reconnue, fige le débat autour de deux questions : quelles sont les circonstances de survenue et qui est touché ? Il est étonnant que les interrogations légitimes concernant les risques psychosociaux négligent la prévention et le traitement des troubles de l'humeur. Il est vrai qu'admettre que la dépression, d'origine professionnelle ou non, est un réel facteur de souffrance au travail et la cause la plus probable des suicides au sein des entreprises remet en cause toute la réflexion actuelle sur les difficultés psychologiques au travail. Cette reconnaissance impliquerait de s'interroger sur la place prépondérante donnée au stress et au burnout. Il ne s'agit d'aucune façon de nier qu'il existe des stresseurs, des ambiances de travail délétères et des formes de management indignes, mais bien de sortir d'un modèle qui a montré ses limites. Cinquante années de gestion du stress en entreprise n'ont pas permis d'améliorer la situation des salariés ou d'affiner notre compréhension des mécanismes psychopathologiques en cause.

Qui aujourd'hui sait que ni le stress ni le burnout ne sont reconnus dans les classifications internationales des maladies ? Comment peut-on laisser des officines spécialisées dans la gestion du stress – dont les intervenants n'ont pas d'expérience clinique – proposer des solutions à des problèmes qui nécessitent une réflexion psychopathologique approfondie et des compétences médicales ou en psychologie clinique ? La souffrance au travail est devenue un problème de santé publique et la place des médecins est, qu'on le veuille ou non, incontournable.

Qui aujourd'hui sait, hors les professionnels de santé, que les troubles cognitifs de la dépression sont toujours présents et réellement invalidants ? Les problèmes de mémoire et de concentration induisent une diminution de l'efficience professionnelle, provoquent des erreurs de jugement et un manque de fiabilité. La méconnaissance de cette dimension a des conséquences graves sur l'insertion professionnelle et le retour au travail après une dépression.

Que faut-il faire pour que les médias, après le suicide d'une personnalité, évoquent les troubles de l'humeur – le plus souvent à l'origine du drame – et

*Soigner la dépression professionnelle par les TCC*

non plus une faille secrète, une histoire personnelle tourmentée, une destinée tragique, etc.

Reconsidérer la souffrance au travail en tenant compte de la dépression est incontournable. La vie professionnelle n'est pas l'unique objet de ce tourment, loin s'en faut. Les chefs d'entreprise et les travailleurs indépendants payent le même lourd tribut que les salariés. En revanche, il paraît possible de mener des actions de prévention, et l'entreprise est un lieu privilégié pour les réaliser.

La période de crise que traverse l'économie mondiale a provoqué un chômage de masse et une précarité de l'emploi en même temps qu'une augmentation des exigences professionnelles. L'heure n'est plus aux utopies – des ouvrages comme *Walden 2* (Skinner, 1948) ou *Le Meilleur des mondes* (Huxley, 1932) font désormais sourire – et les modèles actuels de développement sont remis en cause. Le communisme s'est effondré et pour beaucoup le capitalisme est en bout de course. Les solutions alternatives – altermondialisme, décroissance, écologie radicale – peinent à prouver leur pertinence et ne sont pas porteuses d'espérance. Les acquis sociaux sont remis en cause. Alors que la diminution du temps de travail avait toujours été considérée comme un progrès social, il semble admis par tous, nonobstant le nombre de sans-emploi, la nécessité de reculer l'âge de départ à la retraite et la possibilité d'augmenter la durée annuelle de travail. La solidarité diminue avec en corolaire la perte du sentiment d'appartenance au groupe social, tant professionnel que familial. La plus grande partie de la population s'inquiète de son avenir et de celui de ses enfants. Avec le développement des contrats à durée déterminée et des stages de longue durée, nous sommes passés du salariat au précariat (Castel, 2003).

L'ensemble de ces problèmes constitue des facteurs de risque de dépression tant comme point de départ que comme facteur de maintien ou d'aggravation de la maladie. Nous avons détaillé tout au long de cet ouvrage un certain nombre de solutions qui devraient s'appliquer au sein de l'entreprise. Il est nécessaire d'informer sur les troubles de l'humeur et leurs conséquences, et cela passe par une formation des dirigeants, des responsables des ressources humaines, des membres des CHSCT et des cadres syndicaux. Reconnaître et connaître la dépression est devenu une absolue nécessité.

Il faudrait en outre modifier les outils de management en tenant compte des apports de la psychologie scientifique, introduire les notions de renforcement positif, de reconnaissance, de respect et d'humanité. La recherche de la performance à tout prix et la gestion par objectifs ne sont pas très contributives au développement d'un climat social apaisé. Bien qu'il soit évident qu'un travail de qualité ne puisse s'exercer que dans une ambiance sereine, le management par le stress existe encore dans certaines entreprises. C'est un non-sens : il est contre-productif et potentiellement pathogène.

Reconstruire la solidarité professionnelle est tout autant nécessaire. Nous sommes persuadés que l'évaluation individuelle des performances, panacée actuelle de la gestion du personnel, est une catastrophe. Elle a détruit le sentiment de corps, d'appartenance. L'autre, le collègue, le collaborateur,

est vécu comme un concurrent alors que le résultat de chacun est forcément dépendant du travail du groupe. Il en découle aussi des sentiments de suspicion, de méfiance, de préjudice et d'inégalité. Ce n'est pas la personne qui devrait être notée mais sa contribution à l'objectif général. Le piteux état de la vie syndicale hexagonale ne permet pas de compenser cette montée en puissance de l'égoïsme et de l'individualisme.

Le travail a définitivement perdu sa fonction de construction pour l'homme, d'aboutissement, si chère aux philosophes. Il n'est probablement plus indispensable et a, indubitablement, perdu son sens et sa finalité ; les gains de productivité permettent de subvenir aux besoins d'un nombre de personnes supérieur à la quantité d'emploi disponibles pour la population (Sennet, 2012).

Le traitement des dépressions professionnelles doit être médical, fondé sur les antidépresseurs – dans les cas les plus graves – et les psychothérapies cognitivo-comportementales. Le thérapeute favorisera un rapport collaboratif basé sur l'empathie, l'authenticité et le professionnalisme qui permettent d'obtenir une alliance thérapeutique forte (Cungi, 2006).

La recherche de la cause, de l'origine, du trouble est au mieux sans intérêt thérapeutique et conduit le plus souvent à des conflits liés à une quête de responsabilité. L'important ne se situe pas là. Que la dépression ait une cause légitime ou non, elle doit être soignée de la même façon. La prévention des récidives repose sur un travail sur le contenu des pensées, les attitudes dysfonctionnelles et les stratégies de *coping*, autrement dit fondé sur la restructuration cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales et l'apprentissage des stratégies de résolution de problème. Enfin, dans une perspective métacognitive, le patient doit améliorer son sentiment de contrôle de la situation, cesser de s'attribuer la responsabilité entière et définitive de ses échecs, et renforcer sa motivation intrinsèque.

Nous considérons qu'il est désormais indispensable d'individualiser au sein des maladies de l'humeur les dépressions professionnelles. Certes, cette distinction est difficile ; la sémiologie est proche, les causes sont le plus souvent multifactorielles, intriquant vie professionnelle et vie privée. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour ignorer la place du travail dans le développement de la maladie. Il ne nous semble pas que l'on remette en cause le diagnostic de maladie professionnelle, face à un problème pulmonaire, pour un salarié exposé à l'amiante sous prétexte qu'il était fumeur. Sortons d'un débat stérile : le but est de soigner et de guérir.

471600 – (I) – (1,3) – OSB80 – Thomson Digital

Elsevier Masson SAS
62, rue Camille-Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

Dépôt légal : octobre 2013

*Imprimé en Pologne par Dimograf*